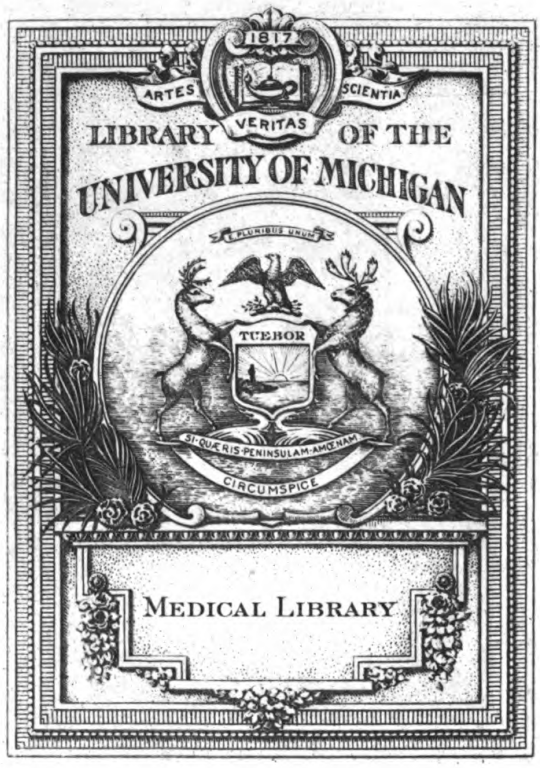
A 414238 DUPL


1817
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

610.5
S18

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten.

Der psychologische Ursprung des Stotterns.

Von

Nervenarzt Dr. **Oscar Aronsohn,**
Berlin.

Halle a. S. 1914
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von

Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,

Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Geheimrat Prof. Dr. A. Hoche in Freiburg i. Br., Prof. und Direktor Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, San.-Rat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Med.-Rat Dr. Mayser in Hildburghausen, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden

herausgegeben von

Prof. Dr. O. Bumke,

Rostock-Gehlsheim.

Band XI, Heft 1.

Unter Stottern versteht man eine Sprachstörung, welche in Hemmungen oder Unterbrechungen des natürlichen Redeflusses besteht. Die hierdurch bedingten Sprechpausen erfolgen nicht, wie die üblichen, am Ende einer Rede, eines Satzes, eines Wortes oder da, wo es der Sinn oder die Interpunktion gestattet, sondern störender Weise gerade kurz vor oder zu Beginn einer Rede, eines Satzes, eines Wortes (oder einer Silbe), also an Stellen, wo sie unter keinen Umständen hingehören und darum unnatürlich oder lächerlich wirken müssen. Die Sprechpausen bleiben entweder ununterbrochen oder werden durch den Anlaut desjenigen Wortes, das zunächst gesprochen werden soll, ein oder mehrere Male durchbrochen. Werden die Sprechpausen durch den Anlaut eines Wortes ein oder mehrere Male durchbrochen, so liegt offenes, deutliches, manifestes Stottern vor. Bleiben die Sprechpausen ununterbrochen, so muß im Gegensatz zu dem offenen oder manifesten Stottern von stummem oder latentem Stottern gesprochen werden. In vielen Fällen kommt es nur zu latentem, in anderen hauptsächlich zu manifestem Stottern. Manifestes und latentes Stottern können bei einem und demselben Individuum und bei ein und derselben Rede in buntester Folge wechseln; als typisches Stottern aber pflegt gemeinhin nur das manifeste Stottern zu gelten, während das latente Stottern, im äußersten Paroxismus nur als Anstoßen bezeichnet und da, wo es dem manifesten Stottern vorausgeht, wie in den großen Sprechpausen zu Beginn einer Rede, sehr häufig übersehen zu werden pflegt. Gleichwohl sind die Pausen, die durch keinen Anlaut durchbrochen werden, ebenso charakteristisch für das Stottern, wie diejenigen, welche durch einen Anlaut ein oder mehrere Male durchbrochen werden. Ja in dem allerfrühesten Stadium der Sprachstörung, in welchem die Hemmungen des Redeflusses ausschließlich an den Beginn des Sprechens geknüpft sind, kommt es nur zu einfachen Verzögerungen des Sprechens,

d. h. zu Sprechpausen, die von keinem Anlaut durchbrochen werden; dann folgt ein Stadium des Stotterns, in welchem die erste Silbe desjenigen Wortes, das zunächst gesprochen werden soll, ein oder mehrere Male die einfache Pause durchbricht, und erst, wenn dieses Stadium überwunden ist, kommt es zu den charakteristischen Erscheinungen des manifesten Stotterns, in welchen die Durchbrechung der ersten peinlich langen Sprechpause nur durch den Anlaut eines Wortes erfolgt.

Außer der Kenntnis des latenten Stotterns ist es des weiteren für das Verständnis des Wesens der Sprachstörung von größter Wichtigkeit, zwischen primärem und sekundärem Stottern zu unterscheiden und sich klar zu machen, welche Stottererscheinungen zu den primären, d. h. ursprünglichen, gehören und welche den sekundären, erst später entstandenen, zuzurechnen sind. Als primär oder ursprünglich sind lediglich die Stottererscheinungen zu Beginn einer Rede aufzufassen, nicht nur, weil hier die Hemmungen des Redeflusses am längsten und störendsten sind und auch von den Stotterern selbst am peinlichsten empfunden werden, sondern ganz besonders aus dem Grunde auch, weil sie in allen Stotterfällen, in den frühesten sowohl, wie in den ältesten, anzutreffen sind, bei keinem Stotterer ganz vermißt werden und auch dauernd als einziges Symptom des Stotterns bestehen können. Alle übrigen Stottererscheinungen, also die Hemmungen oder Unterbrechungen mitten im Satze oder innerhalb einer Rede einschließlich des Stotterns vor bestimmten Worten oder vor Worten mit bestimmtem Anlaut, der hysterischen Stottererscheinungen und der charakteristischen Mitbewegungen, sind als sekundäre Stottererscheinungen anzusehen, weil sie ursprünglich, d. h. zu Beginn des Leidens, nicht vorhanden sind, nicht immer und regelmäßig bei allen Stotterern angetroffen zu werden pflegen, und niemals das einzige Symptom der Sprachstörung darstellen.

Als wichtigstes Moment für das Verständnis des Stotterns aber kommt in Betracht, daß das Leiden nur in ganz bestimmten Situationen, unter ganz bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen in die Erscheinung tritt, während unter anderen Umständen die Stotterer sich sprachlich ganz ebenso verhalten, wie jeder Gesunde. Nach allen meinen Beobachtungen und Erfahrungen, die ich, entsprechend meinem Material, seit Jahren

vorwiegend an Erwachsenen gesammelt habe, tritt das Stottern ursprünglich, hauptsächlich, bei vielen Kranken sogar ausschließlich nur dann auf, wenn sie fremden Menschen, von denen sie sich beobachtet fühlen, Vorgesetzten, Höhergestellten, Leuten, von denen sie Hochachtung haben sollen, oder solchen Leuten gegenüberstehen, von denen ihnen nicht gleichgültig ist, wie sie abschneiden, oder wenn sie plötzlich und unvermutet angesprochen werden. Andererseits zeigen auch die schwersten Stotterer nichts von ihrem Übel, wenn sie, ganz unbeobachtet, für sich allein irgend etwas sprechen oder lesen; sie stottern wenig oder garnicht, wenn sie sich im Kreise von guten Bekannten, Freunden oder Verwandten, deren Urteil ihnen mehr oder weniger gleichgiltig ist, befinden, und gerade in Augenblicken leidenschaftlichster Erregung, in welcher sie nichts danach fragen, welchen Eindruck sie machen, ist von Hemmungen oder Unterbrechungen des Redeflusses nicht im geringsten die Rede. Das gleiche kann bei erwachsenen Stotterern im Alkoholrausch beobachtet werden, und es erscheint ferner im hohen Grade bemerkenswert, daß nicht allzuselten Stotterer, während schwerer oder fieberhafter Erkrankungen garnicht zu stottern pflegen, das Übel aber wiederkehrt, sobald sie von ihrer Krankheit genesen sind. Des weiteren darf derjenige, der das Stottern in seinem innersten Wesen erkennen und verstehen will, die Tatsache nicht außer Acht lassen, daß das Stottern gewöhnlich im dritten oder vierten Lebensjahre entsteht, also zu einer Zeit, wo das Kind zwischen Angehörigen und Fremden Unterschiede zu machen beginnt, daß das Leiden eine beträchtliche Steigerung erfährt mit dem Eintritt in die Schule, also dem ersten Eintritt in eine ganz fremde Umgebung, daß bei Gewöhnung an diese fremde Umgebung das Leiden nachläßt, bei jedem Wechsel aber, wie er durch die Versetzung in eine neue Klasse, den Unterricht durch einen neuen Lehrer, die Prüfung durch Rektoren und dergl. mehr bedingt ist, verschlimmert wird; ferner, daß das Leiden eine neue Steigerung erfährt, sobald die Stotterer ins Leben treten, in die Lehre kommen oder sonst einen Beruf ergreifen, um mehr oder weniger ganz auf den fortwährend wechselnden Verkehr mit Fremden angewiesen zu sein; endlich, daß die letzte große Steigerung dann erfolgt, wenn die Stotterer eine Rolle im Leben, im Beruf oder in der Gesellschaft zu spielen

beginnen, auf verantwortungsvollem oder sehr exponiertem Posten stehen und sich der Kritik von Vorgesetzten und Untergebenen fortwährend ausgesetzt fühlen. Würde man das Leben eines Stotterers nach dieser Richtung hin kurvenmäßig darstellen, so würden unzweifelhaft die bezeichneten Lebensabschnitte als Kurvenanstiege aufs deutlichste in die Erscheinung treten, während die bisherigen auf statistischen Unterlagen konstruierten Stotterkurven sich nur auf einen kürzeren Lebensabschnitt, meist nur auf die Schulzeit, beziehen und die angeführten Momente ganz außer Acht lassen.

Gelten alle diese Bemerkungen in erster Linie nur für die im frühesten Lebensalter entstandenen Stotterfälle, so sind sie ihrem wesentlichsten Inhalte nach auch auf das im späteren Lebensalter entstandene Stottern zu beziehen, bei welchem ein seelisches oder körperliches Trauma, ein apoplektischer Insult etc. erst diejenigen Voraussetzungen geschaffen hat, die für das Zustandekommen des Stotterns notwendig sind. Auch hier tritt das Stottern ursprünglich und hauptsächlich zu Beginn des Sprechens und in Gegenwart von fremden Menschen, von denen sie sich beobachtet fühlen, auf, und es darf deshalb eine Stottertheorie sich nicht in der Frage erschöpfen, wie die für das Leiden charakteristischen manifesten Erscheinungen zustande kommen, sondern muß auch die Frage in befriedigender Weise zu beantworten imstande sein, wie das latente Stottern entsteht, und woher es kommt, daß das Leiden ursprünglich nur an den Beginn des Sprechens geknüpft ist und nur unter ganz bestimmten Bedingungen in die Erscheinung tritt.

Die K u ß m a u l sche Theorie, welche zurzeit die Anschauung der maßgebenden wissenschaftlichen Kreise vollständig beherrscht, und auf welche sich die übliche Behandlung des Leidens, die persönlich ärztliche sowohl, wie der Stotterunterricht in den Schulen, vollständig aufbaut, beschäftigt sich lediglich mit der Frage, wie die durch den Anlaut eines Wortes unterbrochenen Sprechpausen zustande kommen, und sagt nach dieser Richtung hin etwa folgendes:

„Die das Stottern bedingenden Unterbrechungen oder Hemmungen des natürlichen Redeflusses sind unwillkürlicher Art, treten gegen den Willen der Stotterer auf und haben ihren Grund in echten Muskelkrämpfen, Spasmen, welche Ausatmung und

Sprechen behindern, die Muskulatur des Mundes, des Kehlkopfs oder des Zwerchfells befallen oder auch mehrere dieser Muskelgruppen zugleich zum Angriffspunkte haben. Diese Muskelkrämpfe oder Spasmen entstehen infolge einer angeborenen Schwäche der Koordination, d. h. der Fähigkeit, Lautverbindungen zwischen Vokal und Konsonanten oder Konsonanten und Vokal herzustellen, und das Bemühen, diese Schwäche zu überwinden, gibt den Reiz dafür ab, die Muskelkrämpfe zur Auslösung zu bringen. Sobald die Stotterer den Anlaut eines Wortes zu sprechen versuchen, um eine Lautverbindung herzustellen, erfolgt der Krampf der Sprechmuskulatur. Es gelingt ihnen wohl, mit Aufgebot ihrer ganzen Willenskraft den Anlaut herauszubringen, ihn allenfalls ein oder mehrere Male mit Mühe zu wiederholen, aber bei jedem neuen Bemühen, die Lautverbindung herzustellen, setzt der Krampf von neuem ein, und sie sind in Wirklichkeit solange am Weitersprechen bezw. -atmen behindert, bis sich der Muskelkrampf gelegt hat. Nach K u ß m a u l stellt also das Stottern eine Koordinationsneurose dar und die von ihm für die charakteristischen Sprechpausen aufgestellte Theorie eine Spasmentheorie; unwillkürlich sind nach derselben die Unterbrechungen oder Hemmungen des Redeflusses und willkürlich die Durchbrechung des Muskelverschlusses durch den Anlaut eines Wortes (oder einer Silbe).

Eine kritische Würdigung der Spasmentheorie ergibt unschwer, daß sie trotz ihrer hohen Wertschätzung und allgemeinen Anerkennung als zutreffend nicht betrachtet werden kann.

Einmal sind schlüssige Beweise für ihre Richtigkeit nicht geliefert worden. Die der direkten Beobachtung am leichtesten zugänglichen Zusammenziehungen der Sprechmuskulatur des Mundes während des Stotterns machen nur in einem kleinen Teil der Fälle den Eindruck von solchen unwillkürlicher Art, und zwar nur dann, wenn sie von Mitbewegungen begleitet sind. Es ist indes falsch, aus dem Vorhandensein von Mitbewegungen auf den unwillkürlichen Charakter der Muskelzusammenziehungen zu schließen, weil man sonst auch die ursprünglichen Muskelaktionen bei turnerischen Übungen, die bei Anfängern oder mangelhafter Geschicklichkeit so häufig von störenden Mitbewegungen begleitet werden, für unwillkürlich erklären müßte,

obwohl ihr willkürlicher Charakter doch von niemand bestritten werden kann. Ist es beim Turnen die falsche Hoffnung, der Übungen leichter Herr zu werden, welche die Mitbewegungen verursacht, so ist es beim Stottern die laienhafte Vorstellung, steckengebliebene Worte mit aller Gewalt herausschleudern oder herauspressen zu müssen, welche die Verzerrungen des Gesichts, die heftigen Bewegungen des Kopfes, des Rumpfes oder der Extremitäten zuwege bringt. So gab mir ein 32 jähriger Stotterer, der seit dem 5. Lebensjahre an seinem Übel litt, während des Stotterns die fürchterlichsten Grimassen schnitt, aufs heftigste Kopf und Rumpf nach vorne schleuderte, mit Händen und Armen ruckweise Bewegungen machte, als wenn er etwas loswerden oder wegwerfen wollte, und sich mit den Füßen den Takt schlug, an, er tue dies alles, weil er der Meinung sei, er könne dann Worte mit bestimmtem Anfangsbuchstaben, vor denen er die größte Angst hatte, leichter herausbekommen; früher habe er sogar aus eben diesem Grunde während des Stotterns mit der Faust auf den Tisch geschlagen. Des weiteren ist es nur äußerst selten gelungen, die Bewegungen der Kehlkopfmuskulatur während des Stotterns direkt, d. h. im laryngoskopischen Bilde zu beobachten, und aus diesen dürftigen Beobachtungen irgendwelche Schlüsse auf den unwillkürlichen Charakter der Sprechpausen zu ziehen, erscheint ebenso wenig angängig, wie die spärlichen Kurven in demselben Sinne zu deuten, welche die Bewegungen des Zwerchfells während des Stotterns zur Darstellung bringen sollen und nichts weniger als einen überzeugenden Eindruck machen. Es spricht auch gegen die K u ß m a u l sche Spasmentheorie, daß die angenommenen Krämpfe des Zwerchfells, der Stimmritze und der Sprechmuskulatur des Mundes trotz ihrer Häufigkeit und trotzdem sie nicht selten längere Bruchteile einer Minute andauern, niemals, wie ich mich in einer großen Anzahl von Fällen überzeugt habe, das allergeringste Erstickungsgefühl hervorrufen. Und schließlich weist auch die leichte Nachahmbarkeit des Stotterns wie die Entstehung des Stotterns durch Nachahmung bei suggestibeln Individuen viel eher darauf hin, daß die Muskelzusammenziehungen, welche die Sprechpausen der Stotterer bedingen, willkürlicher Art sind, wie ja auch hysterische Krämpfe aufs leichteste nachgeahmt werden können, weil sie im wesentlichen willkürlicher

Art sind, während das bei epileptischen Krämpfen, deren Charakter unzweifelhaft unwillkürlich ist, für die Dauer wohl kaum jemand gelingen dürfte. Von größter Wichtigkeit ist aber, daß die Kußmaulsche Spasmentheorie, selbst wenn sie richtig wäre, doch immer erst nur ein Teil der äußeren Stottererscheinungen erklären könnte, nämlich ausschließlich das typische oder manifeste Stottern, während man sich schon nach einer Erklärung für das latente oder stumme Stottern durch diese Theorie vergeblich umsieht. An dieser Einseitigkeit der Kußmaulschen Spasmentheorie wird nur wenig geändert, wenn man die Schwäche der Fähigkeit, Lautverbindungen herzustellen, als Ursache der Spasmen fallen läßt und, wie das von autoritativer Seite geschehen ist, dafür eine Veränderung unbestimmter Art in den subkortikalen Zentren des Großhirns annimmt, um wenigstens eine Art von Erklärung für das latente Stottern zu schaffen. Denn auch darauf gibt die Kußmaulsche Spasmentheorie keinerlei Antwort, warum das Stottern hauptsächlich und ursprünglich an den Beginn des Sprechens geknüpft ist, und warum es nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen in die Erscheinung tritt. Ja es erscheint m. E. ausgeschlossen, daß das Stottern überhaupt auf einer organischen, materiellen Veränderung bestimmter Hirnteile beruht, weil eine solche konstante materielle Veränderung die eben aufgeworfenen Fragen in befriedigender Weise niemals lösen könnte. Wenn es richtig ist, daß die Stottererscheinungen ursprünglich oder hauptsächlich nur an bestimmte Personengruppen oder an bestimmte Voraussetzungen geknüpft sind, so können die ihnen zugrunde liegenden Muskelzusammenziehungen im wesentlichen nur solche willkürlicher Art sein, es müssen psychische Momente vorhanden sein, welche den Stotterer unter bestimmten Voraussetzungen zwingen, den Redefluß in der charakteristischen Weise zu unterbrechen oder zu hemmen, und eine Stottertheorie kann nur dann Wesen und Bedeutung der Sprachstörung in befriedigender Weise erklären, wenn sie den Ursprung des Stotterns im Seelischen sucht.

Nun ist meiner Überzeugung nach der Ursprung der gewöhnlichen Stotterfälle, wie sie im 3. oder 4. Lebensjahre entstehen, darin zu suchen, daß Kinder mit überaus starkem Eigenwillen, mit überaus lebhaftem Trieb- und Affektleben aus erzieherischen

Gründen dazu angehalten werden, in jedem Fremden einen Menschen zu sehen, der scharf beobachte, alles sieht, ihre Ungezogenheit verurteilt, und zugleich dazu bestimmt werden, unter allen Umständen ihre wahre Natur vor ihm zu verbergen. Die Folge dieser Erziehungsfehler ist, daß solche Kinder vor jedem Fremden ohne Unterschied die größte Angst haben, sich ihrer häßlichen Eigenschaften und des falschen Benehmens schämen, über und über rot werden und nicht früher zu sprechen wagen, bis alle Erregung überwunden ist. Gelingt ihnen diese Überwindung der Affekte nicht, so ist aus ihnen in Gegenwart Fremder bisweilen kein Wort herauszubekommen. In anderen Fällen kommt es nur zu einer erheblichen Verzögerung des Sprechanfanges, und bei der Lebhaftigkeit, mit der sie bis dahin ihren kindlichen Gedanken Ausdruck zu geben gewohnt waren, passiert es nicht allzu selten, daß sie nicht imstande sind, ihren Rededrang genügend zu zügeln und ihnen ganz wider Willen die erste Silbe desjenigen Wortes, das zunächst gesprochen werden soll, ein oder mehrere Male entschlüpft, wenn sie auch noch nicht in der Lage sind, ohne Erregung sprechen zu können.

Von diesen Anfängen des Stotterns muß man ausgehen, wenn man die Ursachen für die Hemmungen oder Unterbrechungen des Redeflusses, beim Beginn des Sprechens wie mitten in der Rede, verstehen will.

Was zunächst die primären Stottererscheinungen d. h. die Stottererscheinungen im Beginn des Sprechens bei den vorgeschritteneren Fällen des Leidens anbetrifft, so gleichen dieselben den ursprünglichen Stottererscheinungen, welche ausschließlich an den Beginn des Sprechens geknüpft sind, auf ein Haar. Nur, daß alle Symptome in den vorgeschrittneren Fällen viel schärfer ausgeprägt sind, als in früherer Zeit, und viel empfindlichere Störungen machen.

Die Furcht, vor fremden Menschen zu sprechen, haftet an den Stotterern das ganze Leben lang. Der Fremde bleibt ihnen der Kritiker, deren Blick sie zu fürchten haben, der alles, was in ihrer Seele vorgeht, erkennt und verurteilt. Ist ihnen ausnahmsweise die Kritik des Fremden gleichgültig, wie in der höchsten Erregung oder in der größten Leidenschaft, im Alkoholrausch oder bei schweren Erkrankungen, so ist auch keine Furcht vorhanden und von Stottern keine Rede. Vorgesetzte, Respekts-

personen, Leute, von denen eine Entscheidung abhängt, flößen ihnen die größte Furcht ein; hier ist auch das Stottern am größten. Beim Eintritt in die Schule ist es der Lehrer, der besonders gefürchtet wird, beim Vortrag vor versammelter Klasse die vielen Blicke ihrer Mitschüler, die sie mit Furcht erfüllen, bei besonderen Gelegenheiten der Rektor, der unerwartet in die Klasse tritt und sie mit seinen Fragen in Angst versetzt. Der auf sie gerichtete Blick des Verkäufers im Laden wird ebenso gefürchtet, wie die Beobachtungen des dort gerade anwesenden Publikums, und das plötzliche Ansprechen auf der Straße seitens fremder Personen löst bei ihnen so große Angst aus, daß sie beim besten Willen nur mit heftigstem Stottern sprechen können.

Diese Angst vor den fremden Menschen, so große Bedeutung sie auch für die Entstehung und Unterhaltung des Stotterns hat, ruft aber nicht selber die peinlich langen Verzögerungen des Sprechens hervor, welche die primären oder ursprünglichen Stottererscheinungen darstellen, sondern nur das krampfhafte Bestreben der Stotterer, in Gegenwart fremder Menschen sich stets so gedeckt zu geben, daß niemand ihre wahre Natur erkennen kann, und erst dieses Bestreben ist die unmittelbare Ursache zu den starken Hemmungen des Redeflusses beim Sprechanfang.

Um das zu verstehen, muß man sich zwei Charaktereigenschaften vor Augen halten, die man bei keinem Stotterer vermissen wird.

Auf der einen Seite sind die Stotterer Individuen mit leicht beweglichem Vorstellungsinhalt, dessen Entwickelung keine Schwierigkeiten macht. Sie fühlen sich förmlich dazu gedrängt, das, was sie eben so lebhaft und rasch gedacht haben, auch mit ebenso großer Lebhaftigkeit und Schnelligkeit in Worte umzusetzen. In der Idee hält sich jeder Stotterer für einen Menschen, der seine Sprache ebenso gut und besser beherrscht, wie jeder andere, und es drängt ihn förmlich dazu, mit Lebhaftigkeit seinen Vorstellungen Ausdruck zu geben, weil er die Schnelligkeit und Intensität derselben nicht genügend zügeln kann. Die Stotterer besitzen also einen schwer zu unterdrückenden Rededrang und ihre ursprüngliche Intension zu reden, ist eine übereifrige, affektbetonte, mit Erregung verbundene.

Auf der andern Seite empfinden die Stotterer nichts unangenehmer, als in erregter, leidenschaftlicher oder auch nur unruhiger Weise ihren Gedanken Ausdruck zu geben, und sind darum aufs eifrigste bemüht, alle Affekte, trotz der Lebhaftigkeit, mit welcher sie bei jeder Gelegenheit auftreten, sofort zu unterdrücken und sich möglichst einer neutralen, indifferenten, leidenschaftlosen Sprechweise zu bedienen. Es kommt ihnen viel mehr darauf an, wie sie etwas sagen, als was sie sagen. Die gesamte Aufmerksamkeit ist viel mehr auf die Art und Weise des Sprechens gerichtet, als auf den Inhalt. Und die Form der Sprache steht ihnen weit über dem Inhalt, weil es ihnen in erster Linie darauf ankommt, vor niemand Erregungen zu zeigen und ja nicht den Eindruck zu machen, als ob sie ihre Affekte nicht beherrschen könnten.

Von diesen beiden Charaktereigenschaften der Stotterer entspringt der Drang, in schneller, überhastender, überstürzender Rede den Gedanken Ausdruck zu geben der ursprünglichen Anlage oder Neigung, während das Bestreben, durch eine leidenschaftlose, neutrale, indifferente Sprechweise die seelischen Vorgänge vor Fremden, Vorgesetzten oder Respektspersonen nach Möglichkeit zu verbergen, durch ein vermeintliches Pflichtgefühl diktiert wird. Wenn nun in den geschilderten Situationen die Angst, vor fremden Menschen sprechen zu müssen, die Stotterer in heftigste Erregung versetzt, so folgen sie ohne alles Bedenken dem vermeintlichen Pflichtgefühl, suchen mit der ganzen Stärke ihrer Willenskraft den allzu stürmischen Rededrang zu zügeln und sich schon im äußeren Benehmen, in Haltung und Bewegung, im Mienenspiel und in Gebärden, so einzustellen, daß sie den Eindruck von Leuten machen, die indifferent, neutral und leidenschaftlos den betreffenden Situationen gegenüberstehen. Indem sie aber einen solchen Eindruck hervorzurufen suchen, haben sie stets das Gefühl, unwahr, unehrlich gegen sich und die Außenwelt gewesen zu sein, sich unangemessen benommen, geschauspielert, posiert zu haben, kommen sich hohl und nichtig vor, schämen sich ihrer formalen Unehrlichkeit, als wenn es sich um eine sachliche handelte, und werden schließlich über und über rot, weil durch den mit großer Stärke sich erhebenden Schamaffekt eine Erregung der zentralen Gefäßzentren herbeigeführt wird. Dieselbe Blutwelle aber, die eine Überfüllung der peri-

pheren Gefäße des Gesichts und der oberen Teile des Rumpfes herbeiführt, macht auch eine vorübergehende Überfüllung des Gehirns mit Blut und eine erregte Herztätigkeit, und die Folge davon ist, daß sehr häufig auch eine Benommenheit eintritt, die sich bis zur Verwirrtheit steigern kann, daß die Kranken ein heftiges Klopfen des Herzens verspüren, sehr häufig auch ein einschnürendes Gefühl im Halse haben, zittern oder in Schweiß gebadet sind. Dies alles ist schon mit großer Lebhaftigkeit vorhanden, bevor noch ein einziges Wort gesprochen oder überhaupt nur an das Sprechen gedacht wird. Lediglich der Umstand, daß der Stotterer einem fremden Menschen, der ihn nach seiner Meinung kritisch betrachtet, gegenübersteht, genügt, um Rotwerden, Verwirrtheit, Herzklopfen etc. hervorzurufen. Alle diese psychischen und körperlichen Erscheinungen aber belästigen den Stotterer in arger Weise, lenken seine gesamte Aufmerksamkeit von dem Inhalt dessen, was er zu sagen hat, gewaltsam ab und müssen erst abgeklungen sein, bevor es ihm möglich ist, mit seiner Rede zu beginnen. Es entsteht dadurch eine mehr oder weniger lange Pause, in welcher man vom Stotterer vergeblich erwartet, daß er mit seinem Sprechen beginnen soll, und in welcher er den hilflosesten Eindruck von der Welt macht. Die Stotterer verhalten sich demnach zu Beginn des Sprechens ganz ebenso, wie die krankhaften Erröter, und wie ich es in meiner Arbeit zur „Psychologie und Therapie des krankhaften Errötens" (Berl. klinische Wochenschrift 1909 Nr. 30) geschildert habe. Ihr Erröten kommt auf dieselbe Weise zustande und unter ganz denselben Voraussetzungen; ja man könnte jeden Stotterer auch als krankhaften Erröter bezeichnen, nur daß objektiv wie subjektiv das Erröten an Peinlichkeit hinter dem Stottern zurückbleibt. Und im wesentlichen unterscheiden sich die Stotterer von den Errötern nur durch die Raschheit ihrer Gedankengänge und durch den Drang, sie ebenso rasch und lebhaft zum Ausdruck zu bringen.

An die erste große Verzögerung des Sprechens zu Beginn der Rede, die durch eine falsche Einstellung im Benehmen und das hierdurch hervorgerufene Erröten und seine Begleiterscheinungen erfolgt, schließt sich unmittelbar eine peinlich lange Hemmung des Redeflusses, die durch falsche Einstellung in der Art und Weise des Sprechens bedingt wird.

Kaum nämlich hat sich der Stotterer von der durch das Erröten und seine Begleiterscheinungen entstandenen psychischen Hemmung etwas erholt, so muß er mit der ganzen Kraft seines Willens an sich halten, um nicht in übereiliger, überhastender, überstürzender Rede alles sofort herauszubringen, was er zu sagen hat, und sich auf diese Weise der Peinlichkeit der Situation, so schnell als möglich, zu entziehen. Er befindet sich in einem innern Widerstreite, in einem psychischen Konflikte, weil er dasselbe, was er eben, mit der ihm eigenen Affektbetonung, zu sagen im Begriffe steht, was ihn, schnell und lebhaft zum Ausdruck zu bringen, förmlich drängt, dennoch nicht sagen mag, solange er das Gefühl hat, es nicht mit der ihm notwendig erscheinenden Gleichgültigkeit sagen zu können, Um seiner seelischen Erregung Herr zu werden und auch Form und Ausdruck seiner Rede so indifferent, neutral und leidenschaftslos gestalten zu können, wie er es für seine Pflicht hält, braucht er Zeit, sich zu sammeln, und sieht sich deshalb gezwungen, Sprechen und Atmung gerade in dem Moment, wo er zu reden beginnen soll, willkürlich zu unterbrechen. Es entsteht dadurch eine große Pause, gerade zu Beginn des Sprechens, die größte, welche beim Stottern überhaupt zu beobachten ist. Und diese zweite große Hemmung des Redeflusses zu Beginn der Rede, die sich der ersten so unmittelbar anschließt, daß sie garnicht von ihr zu trennen ist, dauert so lange, bis die Kohlensäureüberhäufung des Blutes ein Weiteratmen notwendig macht, die Geduld der Zuhörer erschöpft ist, berechtigte Sorge besteht, Faden und Inhalt der Rede zu verlieren, oder bis sich die Stotterer wirklich soweit gesammelt haben, daß sie, in der von ihnen angestrebten Art und Weise sprechen zu können, in der Lage sind.

Die ursprünglichen Stottererscheinungen, zunächst wenigstens, soweit sie in einfachen Hemmungen des Redeflusses bestehen, finden somit in seelischen Vorgängen, die an die Angst der Stotterer vor fremden Menschen, an ihr Bestreben vor fremden Menschen im Sprechen wie Benehmen sich so gedeckt zu geben, daß niemand ihr Innenleben erkennen kann, sowie in ihrem überaus stürmischen Rededrange eine befriedigende Erklärung, und es erübrigt nur noch, mit einigen Worten auseinanderzusetzen, wie von den einfachen Hemmungen die manifesten Stottererscheinungen abzuleiten sind. Dies wird durch folgende Überle-

gung klar. Wenn der beginnende Redefluß willkürlich von den Stotterern unterbrochen wird, damit sie schließlich so sprechen können, wie sie es unbedingt für ihre Pflicht halten, muß es infolge des willkürlichen Muskelverschlusses, der Ausatmung und Sprechen vollständig unterbricht, bei dem stürmischen Rededrang der Stotterer zu einer Wort- oder Rede-Stauung kommen. Dauert dieselbe einige Zeit, so sind die Stotterer nicht länger imstande, den stürmischen Rededrang zu bemeistern, und ganz gegen ihren Willen passiert es nun, daß ihnen der Anlaut desjenigen Wortes, das zunächst gesprochen werden soll und ihnen gewissermaßen auf der Zunge liegt, ein oder mehrere Male entschlüpft, um die einfache Sprechpause zu durchbrechen. Daß es nicht das ganze nächste Wort ist, welches die einfache Sprechpause durchbricht, meist auch nicht die ganze erste Silbe dieses Wortes, wie in den Anfängen des Stotterns, sondern nur sein Anlaut, ist leicht verständlich, wenn man bedenkt, daß im Augenblicke der unwillkürlichen Durchbrechung der Sprechpause die Stotterer noch garnicht in der Lage sind, in der von ihnen beabsichtigten Weise weiter zu sprechen, und es ihnen widerstrebt, irgend welche Affekte zur Schau zu tragen. Ein solcher Affekt aber würde aus einem ganzen gesprochenen Worte oder aus einer ganzen Silbe viel eher ersichtlich sein, als aus einem bloßen Anlaut.

Haben die bisherigen Erörterungen lediglich zum Zwecke gehabt, die primären oder ursprünglichen Stottererscheinungen zu erklären, d. h. die Stottererscheinungen zu Beginn einer Rede, so soll durch die nachfolgenden Untersuchungen lediglich die Frage erörtert werden, wie die sekundären Stottererscheinungen, d. h. die Hemmungen oder Unterbrechungen des Redeflusses mitten oder innerhalb einer Rede, zu erklären sind, und in welchen Zusammenhängen sie mit den ursprünglichen Stottererscheinungen stehen.

Von den sekundären Stottererscheinungen sind die Hemmungen oder Verzögerungen des Sprechens bei jedem Sprecheinsatz in die gewöhnlichen Hemmungen oder Unterbrechungen des Redeflusses innerhalb der Rede unmittelbar aus den primären Stottererscheinungen zu erklären und schon in einer frühen Periode des Leidens bei den Stotterern anzutreffen.

Die Hemmungen oder Verzögerungen des Sprechens bei je-

dem Sprecheinsatz, d. h. bei jedem neuen Beginn der Rede, nachdem diese durch Bemerkungen eines andern unterbrochen worden ist, gleichen fast ganz den ursprünglichen Stottererscheinungen. Auch hier macht sich wieder die Angst vor dem fremden Menschen, dessen Kritik gefürchtet wird, bemerkbar, auch hier soll das äußere Benehmen nicht nur, sondern auch die Sprechweise auf einen neutralen, indifferenten, leidenschaftslosen Ton gestimmt werden, und die Folge davon ist, daß Erröten, Verwirrtheit, Herzklopfen etc. auf der einen Seite und die Notwendigkeit den Redefluß willkürlich zu unterbrechen, auf der andern zu mehr oder weniger langen Sprechpausen führen, die bei dem stürmischen Rededrang der Stotterer wiederum häufig durch den Anlaut eines Wortes ein oder mehrere Male durchbrochen werden. Die Hemmungen oder Verzögerungen des Redeflusses beim Sprecheinsatz sind für gewöhnlich allerdings wesentlich geringer, als diejenigen beim Beginn des Sprechens, und schwächen sich häufig im Laufe der Rede mehr und mehr ab. Diese Abschwächung der Hemmungen beim Sprecheinsatz hält gleichen Schritt mit dem Grade des Vertrauens, das der Stotterer allmählich dem Fremden gegenüber gewinnt, und, hat der Stotterer alle Vorurteile dem Fremden gegenüber abgelegt, so ist auch von Stottern keine Rede mehr, weil dann die ursprünglichen Angsterscheinungen fehlen und nicht mehr die psychischen Vorgänge sich entwickeln können, die zu den Hemmungen führen. Umgekehrt können Erregungen, die aus der Widerrede des Fremden oder aus sonst irgend einem Grunde von außen her auf den Stotterer einwirken, auch die Hemmungen und Verzögerungen bei jedem Sprecheinsatz außerordentlich steigern und den Rededrang der Stotterer so stürmisch machen, daß es fortwährend zu den Erscheinungen des manifesten Stotterns kommt.

Nicht auf ganz dieselbe Weise sind die gewöhnlichen Hemmungen oder Unterbrechungen des Redeflusses mitten im Satze oder mitten in der Rede zu erklären, die wahllos vor irgend einem Worte gemacht werden. Diese Hemmungen sind wenig oder garnicht vorhanden, wenn nach der ersten großen Hemmung des Redeflusses zu Beginn des Sprechens es den Stotterern gelungen ist, ihre Sprechweise so zu gestalten, wie sie es gewollt hatten, und sie treten in großer Menge und störendster Weise in die Erscheinung, wenn der Zweck der ursprünglichen Sprach-

hemmung nicht gleich erreicht ist. Ist es den Stotterern nicht gleich gelungen, in der von ihnen beabsichtigten Weise ihr Sprechen zu gestalten, so werden zunächst wohl ein paar Worte oder auch Sätze hastig herausgebracht, indes vor dem ersten besten ihnen passend erscheinendem Worte wird sofort von neuem der Versuch gemacht, das zu erreichen, was durch die erste Sprachhemmung vergeblich erstrebt wurde. Es wird aus diesem Grunde von neuem, willkürlich der Redefluß unterbrochen, um den stürmischen Rededrang zu zügeln, und gelingt dies nicht gleich bei dem ersten Versuch, so werden die Hemmungen innerhalb der Rede so lange fortgesetzt, bis der Zweck der ursprünglichen Sprachhemmung wirklich erreicht ist oder bis die Rede ihr natürliches Ende gefunden hat. Gelingt es den Stotterern wiederum wirklich für kurze Zeit so indifferent, neutral und leidenschaftslos in Form und Ausdruck zu sein, wie sie es erstrebt hatten, so schämen sie sich ihrer verstellten, unnatürlichen Sprechweise ebenso sehr, wie am Anfange ihres verstellten, unnatürlichen Benehmens, sie werden wieder und wieder auch mitten in der Rede, wenn auch nicht ganz in derselben Stärke wie zu Beginn des Sprechens, rot, verwirrt und erregt, und es müssen immer von neuem Sprechpausen gemacht werden, um die Verwirrung abklingen zu lassen oder die Erregungen zu unterdrücken.

Unter den übrigen Stottererscheinungen, welche zu den sekundären Erscheinungen gerechnet werden müssen, aber wesentlich später, wie die eben geschilderten, aufzutreten, stehen die Angstzustände der Stotterer obenan. Sie tragen wesentlich dazu bei, die Erregtheit der Stotterer zu verstärken und eine Vermehrung und Verlängerung der Sprachhemmungen und -Unterbrechungen herbeizuführen.

Von der ursprünglichen Angsterscheinung der Stotterer, der Angst vor den fremden Menschen, die sie beobachten, ist schon ausführlich die Rede gewesen. Sie gehört zu dem Bilde der primären Stottererscheinungen und kommt an dieser Stelle nicht in Betracht.

Die Angst der Stotterer vor dem Sprechen überhaupt ist nicht gleichbedeutend mit der Angst vor den fremden Menschen. Sie ist auch nicht gleichbedeutend mit der Furcht vor Blamage. Auch wenn er sich unzählige Male schon durch seinen Sprach-

fehler bloßgestellt hat, glaubt jeder Stotterer dennoch, die Sprache so gut beherrschen zu können, wie irgend ein anderer, und nur in äußerst seltenen Fällen kommt ihm im Voraus der Gedanke, er könne sich durch Stottern eine Blöße geben. Es bedeutet ferner eine starke Überschätzung dieser Stotterangst, wenn man sie als die eigentliche Ursache des Leidens ansieht, wobei ganz gleichgültig ist, auf welchen Ursprung man dieselbe zurückführt. Denn einerseits kann man durch Befragen der Stotterer aufs leichteste feststellen, daß ihre Angst, von Ausnahmefällen abgesehen, sich gar nicht gegen das Stottern als solches richtet, daß an das Stottern selbst nicht im mindesten gedacht wird, wenn sie die Angst vor dem Sprechen überfällt, und andererseits gibt es auch Stotterer, bei denen trotz der Heftigkeit ihres Leidens von einer eigentlichen Angst vor dem Sprechen nicht im mindesten die Rede ist. Die gewöhnliche Angst der Stotterer vor dem Sprechen ist vielmehr nichts anderes als die Besorgnis, es würde oder könnte ihnen nicht gelingen, ihren Anlagen, ihrer Gewohnheit oder Neigung zum Trotz so zu sprechen, wie sie es für ihre vermeintliche Pflicht halten, nämlich, statt rasch, überhastend, überstürzend, übereifrig, nicht nur ruhig und langsam, sondern auch so gedeckt, daß niemand ihr Inneres erkennen kann. Diese Angst ist sekundärer Natur, aus der Erfahrung heraus geboren, kann also für die Entstehung des Leidens nicht in Betracht kommen.

Die Angst vor bestimmten Worten oder vor Worten mit bestimmtem Anlaut ist aus den ursprünglichen Stottererscheinungen nicht zu erklären, steht mit ihnen jedenfalls in keinem direkten Zusammenhange. Aus den vorausgegangenen Erörterungen erhellt, daß das Stottern niemals an bestimmte Worte gebunden ist, sondern lediglich in die Erscheinung tritt, um Affekte zu unterdrücken. Die Auswahl der Worte, vor denen die Hemmungen oder Unterbrechungen des Redeflusses erfolgen, regelt sich ganz allein nach den Gesetzen der Notwendigkeit und Bequemlichkeit, und allenfalls sind es die sinnbetonten Worte im Satze, vor denen am stärksten und häufigsten gestottert zu werden pflegt, weil gerade von solchen Worten die Erregtheit der Stotterer am allerbeträchtigsten ist. Das Stottern vor bestimmten Worten ist nach meiner Erfahrung eine Angsterscheinung, welche objektiv in keiner Weise begründet ist. Ich habe

mich in allen meinen Fällen davon überzeugen können, daß die Stotterer erst von unberufener Seite darauf hingewiesen waren, sie könnten diesen oder jenen Laut nicht sprechen, oder zufälligerweise wiederholt vor ganz bestimmten Worten stotterten, bevor die Angst vor diesen Worten sich entwickelte. Und da, wo die Angst, Worte mit bestimmtem Anlaut nicht sprechen zu können, so groß war, daß in der Tat sehr bedeutende Unterbrechungen des Redeflusses vor ihnen stattfanden, daß diese Worte umgangen, umschrieben, Flickworte vor ihnen eingeschaltet oder erst nach vielen Wiederholungen des vorausgegangenen Wortes gesprochen werden konnten, war mit Regelmäßigkeit auch der Komplex der Dulderneurose vorhanden, der, wie ich in meiner Arbeit „Die Hysterie als Kulturprodukt" (Berliner klinische Wochenschrift 1912 Nr. 40) nachgewiesen habe, für Hysterie pathognomonisch ist. Es ergab sich außerdem, daß außerhalb der zusammenhängenden Rede alle Stotterer, manche freilich erst auf besonderes Zureden hin, durchaus in der Lage waren, ohne alle Schwierigkeiten die gefürchteten Worte und ihre Anlaute fehlerlos zu sprechen, und bei näherem Zusehen fand ich außerdem, daß sie auch im Zusammenhang der Rede immer glatt und tadellos gesprochen wurden, wenn die Aufmerksamkeit der Stotterer nicht auf sie gerichtet war. Das Stottern vor bestimmten Worten ist also im wesentlichen als eine hysterische Erscheinung anzusehen und darauf zurückzuführen, daß ein zufälliges Stottern vor bestimmten Worten unter dem Einfluß unabsichtlicher Suggestionen seitens Außenstehender zum stereotypen Stottern wird und dieses als ein wichtiger Beweis des ihnen vom Schicksal auferlegten Duldertums in der Erinnerung der Stotterer festgehalten und als vermeintliche Ursache ihrer Sprachstörung betrachtet zu werden pflegt.

Ebenso wie die Angst vor bestimmten Worten sind auch die schweren Angst- und Depressionszustände, in welcher die Stotterer lieber darauf verzichten, überhaupt zu sprechen, als mit Stottern zu sprechen, auf den Einfluß hysterischer Duldervorstellungen zurückzuführen.

Im Rahmen dieser Betrachtung kann allerdings auf diese und andere Zusammenhänge zwischen Hysterie und Stottern nicht näher eingegangen werden Nur soviel sei gesagt, daß Stottern häufig sich mit Hysterie zusammen-

findet, daß das Leiden durch dies Zusammentreffen auf das ungünstigste beeinflußt wird und daß das Zusammentreffen von Hysterie und Stottern kein Zufall ist, weil beide Leiden ein und dieselbe Wurzel haben. Derselbe starke Eigenwille, dieselben Triebe und Affekte, die beim Stottern durch Hemmungen oder Unterbrechungen des Redeflusses eine Korrektur erfahren sollen, sind auch den Hysterikern eigen und werden von ihnen in der Weise korrigiert, daß sie sich, um nach außen hin gefügig und angepaßt zu erscheinen, in die Vorstellung eines ihnen vom Schicksal auferlegten Duldertums flüchten und fortgesetzt damit beschäftigt sind, sich an diese Rolle glauben zu machen.

Natürlich können auch sonst Erregungen aller Art die für Stottern charakteristischen Unterbrechungen und Hemmungen des Redeflusses vermehren und vertiefen, und bei Stotterern, die seit langem unter ihrem Übel zu leiden haben, spielt auch die Gewohnheit eine gewisse Rolle als Ursache dieser Unterbrechungen und Hemmungen. Wer immer gewohnt ist, dem Exspirationsstrom Hindernisse entgegenzusetzen, vermißt etwas, wenn er diese Hemmungen unterläßt, und er macht sie auch ohne zwingenden Grund, weil das Sprechen mit öfteren Unterbrechungen des Redeflusses zu Beginn oder während der Ausatmung bei ihm gewissermaßen ein eingefahrenes Geleise bildet. Und Stotterer, die seit Jahren zu stottern gewohnt sind, benutzen ihr Stottern nicht allzu selten, eine sachliche Verlegenheit zu verdecken und Zeit zu gewinnen, aus ihrer Verlegenheit herauszukommen. Hier ist es den Stotterern sogar lieber, ihren Sprachfehler zu zeigen, als die Verlegenheit, in die sie sachlich geraten sind, und die Hemmung von Atmung und Sprechen geschieht nicht aus irgendeiner Notwendigkeit, sondern aus alter Gewohnheit, die für einen bestimmten Zweck nutzbar gemacht wird.

Es bleibt nur noch übrig hinzuzusetzen, daß auch die Vorbereitung unpassender Sätze und Reden, die von den Stotterern so häufig geübt wird, gleich der falschen Einstellung im Benehmen und Sprechen, ganz dazu angetan ist, eine erhebliche Verzögerung des Sprechanfanges herbeizuführen. Gerade für diejenigen Situationen, in welchen sie unter ihrem Übel am meisten zu leiden haben, pflegt die Mehrzahl der Stotterer sehr häufig im Voraus schon sich kleine Reden, Sätze oder ganz bestimmte

Worte zurechtzulegen, einerseits um schwierige Worte, die sie nicht aussprechen zu können glauben, zu vermeiden, andererseits um sich einen ganz anderen Anschein zu geben, als ihnen zukommt. Solange sie allein sind, sind sie mit diesen wohlvorbereiteten Reden, Sätzen oder Worten durchaus zufrieden. Kaum aber stehen sie tatsächlich den betreffenden Situationen gegenüber, so fürchten sie aufs äußerste sich bloßzustellen, wenn sie so sprechen, wie sie sich ursprünglich vorgenommen hatten; die zurechtgelegten Worte, Sätze oder Reden erscheinen ihnen der Situation nicht angemessen, geeignet, sie lächerlich zu machen und dem Spott auszusetzen, und die unmittelbare Folge dieser Empfindung ist, daß sie sich genötigt sehen, den Beginn ihrer Rede noch besonders zu verzögern, um auch das, was sie sagen wollen, stilistisch so umzuformen und abzuändern, daß es den Umständen angemessener klingt und jede Blamage für sie auch nach dieser Richtung hin ausgeschlossen ist.

Die sekundären Stottererscheinungen spielen somit in den vorgeschritteneren Fällen des Leidens eine wesentliche Rolle, ja sie sind nicht allzu selten stärker und häufiger, als die primären Stottererscheinungen und können in dem Maße überwiegen, daß von letzteren so gut wie nichts vorhanden zu sein scheint und man leicht geneigt ist, die Grundeigenschaften im Charakter der Stotterer und ihre Bedeutung für das Zustandekommen der Stottererscheinungen vollständig zu übersehen und das Leiden lediglich als üble Gewohnheit, lediglich als eine Verlegenheitssache, lediglich als eine Angsterscheinung oder dergleichen mehr aufzufassen.

Demgegenüber kann nicht scharf genug betont werden, daß auch in den vorgeschrittensten Fällen des Leidens immer noch die primären Stottererscheinungen vorhanden sind, daß ursprünglich jedenfalls ganz allein die primären Erscheinungen das Leiden ausmachen und darum nur diese in Betracht zu ziehen sind, wenn von der Entstehung des Stotterns die Rede ist. Die primären Stottererscheinungen aber beruhen in allen Fällen auf den beiden Grundeigenschaften im Charakter der Stotterer und treten ursprünglich, hauptsächlich, in manchen Fällen sogar ausschließlich, wie schon eingangs betont wurde, in Gegenwart von Fremden, Respektpersonen oder Vorgesetzten auf, und alles, was sonst als Ursachen oder Veranlassungen des Stotterns ange-

sehen zu werden pflegt, ist einschließlich der sogenannten Erblichkeit des Leidens und der verkehrten erzieherischen Beeinflussung lediglich dazu angetan, die beiden geschilderten Charaktereigenschaften der Stotterer hervorzurufen oder zur Entfaltung zu bringen. Ererbt ist bei der Mehrzahl der Stotterer ganz allein die große Affekterregbarkeit, durch falsche Erziehung herbeigeführt die Furcht vor den fremden Menschen und die Neigung, durch ein gedecktes Verhalten im Benehmen wie im Sprechen sich der vermeintlichen Verurteilung ihrer Affekterregbarkeit seitens Fremder nach Möglichkeit zu entziehen. In einer beträchtlichen Anzahl von Fällen führt schon die ererbte, den Ganglienzellen innewohnende Affekterregbarkeit zu dem Bestreben, in überhastender, überstürzender, übereiliger Weise den Gedanken Ausdruck zu geben, in anderen Fällen aber ist eine Steigerung der ererbten Affekterregbarkeit durch infektiöse oder langdauernde Krankheiten, durch Unfälle, plötzliche Gemütserschütterungen, Schlaganfall usw. erst notwendig, um auch den stürmischen Rededrang in die Erscheinung treten zu lassen. Das Stottern entsteht schon in frühen Kinderjahren, wenn beide Charaktereigenschaften frühzeitig voll entwickelt sind, und es entsteht erst später, wenn die ererbte Affekterregbarkeit nicht von vornherein auch den stürmischen Rededrang im Gefolge hat, sondern zur Entwicklung desselben erst eine besondere Schädigung des Zentralnervensystems notwendig ist. Die zum Erröten führende Charakteranlage ist bereits von frühester Jugend an in allen Fällen vorhanden, und es ist lediglich der Drang, in übermäßig lebhafter Weise den Gedanken Ausdruck zu geben, welcher in den Spätformen des Stotterns nachträglich zur Erscheinung gelangt. Das primäre Stottern beruht also in allen Fällen ohne Ausnahme ursächlich auf ein und derselben Grundlage, und eine Art proteusartigen Charakter, der sonst allen Stottererscheinungen zugeschrieben zu werden pflegt, haben nur die Erscheinungen des sekundären Stotterns und die vielfachen Gelegenheitsursachen, welche die Steigerung der Affekterregbarkeit und den stürmischen Rededrang hervorzurufen imstande sind.

Daß die Erklärung des Leidens aus den psychischen Grundeigenschaften der Stotterer die große Einseitigkeit der bisherigen Stottertheorien vermeidet und allen Stottererscheinungen sowie

den Bedingungen, unter denen sie zustande kommen, vollauf gerecht wird, geht aus den vorausgegangenen Erörterungen ohne weiteres hervor und bedarf darum keiner besonderen Begründung. Wohl aber muß hervorgehoben werden, daß die von mir gegebene Erklärung des Stotterns sich in einen offenen und bewußten Gegensatz zu allen bisherigen Stottertheorien auch insofern setzt, als sie als Ursache der charakteristischen Unterbrechungen oder Hemmungen des Redeflusses nicht psychophysische, also von dem Willen unabhängige Vorgänge im Zentralnervensystem annimmt, sondern Vorgänge psychischer Art, welche dem Willen teils unmittelbar unterstehen, teils durch Willensakte beeinflußbar erscheinen. Stellt man sich aber auf den Standpunkt, daß die primären Stottererscheinungen, und zu einem großen Teil auch die sekundären, im wesentlichen willkürlicher Art sind, so werden der Behandlung des Leidens neue und aussichtsreiche Wege eröffnet, und es muß der Schwerpunkt derselben von der sogenannten physiologischen Übungstherapie, die bisher allein für die Behandlung des Leidens in Betracht kam, hinweg auf die psychische Behandlung des Leidens gelegt werden. Diese muß in allen Stücken der vorgetragenen Theorie angepaßt sein und sich zur Aufgabe stellen,

1. die Stotterer über Wesen und Zustandekommen der Sprachstörung in allen Punkten aufzuklären;
2. die beiden Charaktereigenschaften der Stotterer, welche als die Ursache der charakteristischen Hemmungen oder Unterbrechungen des Redeflusses anzusehen sind, von Grund aus zu zerstören oder unwirksam zu machen;
3. Übungen im freien Sprechen mit den Stotterern vorzunehmen unter Zugrundelegung derselben psychischen Gesichtspunkte, wie bei der Umgestaltung der Charaktereigenschaften;
4. Leseübungen in demselben Sinne nur da vorzunehmen, wo auch beim Lesen gestottert wird;
5. den Komplex der Dulderneurose durch psychische Behandlung auszuschalten, wo Hysterie das Stottern kompliziert;
6. die physikalischen Hilfsmittel zur Unterstützung der Behandlung regelmäßig heranzuziehen, die medikamentösen nur unter besonderen Umständen.

Ich muß es mir versagen, im Rahmen dieser Erörterungen auf Einzelheiten der Behandlung einzugehen, und will mich nur auf die Versicherung beschränken, daß die skizzierte Behandlung des Stotterns, die ich seit Jahren bereits zu üben gewohnt bin, rascher zum Ziele führt und das Leiden weit sicherer und gründlicher beseitigt, als die auf ganz falschen Voraussetzungen beruhende, überaus einseitige bisherige Behandlungsweise. Ich glaube deshalb, daß die von mir aufgestellte Stottertheorie und die darauf begründete Behandlungsweise einen wissenschaftlichen Fortschritt darstellt, und hoffe, daß dieser Fortschritt der Allgemeinheit zum Nutzen gereichen wird.

Fasse ich schließlich in Kürze zusammen, was die theoretischen Erörterungen dieser Arbeit ergeben haben, so muß folgendes gesagt werden:

1. Das Stottern ist eine Sprachstörung, die ursprünglich, hauptsächlich, in manchen Fällen ausschließlich in Gegenwart Fremder, Respektspersonen oder Vorgesetzter auftritt.
2. Das Stottern ist ursprünglich nur an den Anfang des Sprechens geknüpft und ist hier stets am beträchtlichsten. Die Stottererscheinungen zu Anfang des Sprechens sind deshalb als primär, die übrigen als sekundär zu bezeichnen. Die sekundären Stottererscheinungen tragen zur Verschlimmerung des Leidens bei, haben aber keine selbständige Bedeutung.
3. Die primären Stottererscheinungen haben in zwei Charaktereigenschaften der Stotterer, in dem pflichtgemäßen Bestreben, das leicht erregbare Innenleben den kritischen Blicken Fremder unter keinen Umständen preiszugeben, einerseits und in dem zumeist ursprünglichen Drange, in eiliger, überhastender, überstürzender Rede den Gedanken Ausdruck zu geben, andererseits ihre unmittelbare Ursache. Die Hemmungen oder Unterbrechungen des Redeflusses zu Anfang des Sprechens erfolgen, damit die Stotterer in der Lage sind, der ursprünglichen Neigung oder Anlage zum Trotz im Benehmen und Sprechen stets so zu erscheinen, wie es die vermeintliche Pflicht erheischt.

Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)

Militär - Psychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen

Von
Stabsarzt Dr. **Weyert**
in Posen

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S. 1915

Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von

Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,

Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung

der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Geheimrat Prof. Dr. A. Hoche in Freiburg i. Br., Prof. und Direktor Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, San.-Rat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Med.-Rat Dr. Mayser in Hildburghausen, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden

herausgegeben von

Prof. D. O. Bumke,

Rostock-Gehlsheim.

Band XI, Heft 2/4.

Der großen Bedeutung, welche für unser gesamtes bürgerliches Leben die Psychosen, vorzugsweise die psychischen Grenzzustände innerhalb der letzten Jahrzehnte gewonnen haben, hat auch die Militärverwaltung Rechnung getragen durch ständigen Ausbau und ständige Vervollkommnung ihrer Bestimmungen und Maßnahmen. Ein jeder, der das Fach der Militärpsychiatrie verfolgt hat, wird wissen, wie vielfach gerade von militärärztlicher Seite immer neue Anregungen gegeben sind und gegeben werden. Das Streben der Militärverwaltung ist ein zweifaches:

1. Verhinderung der Einstellung von psychisch kranken oder defekten jungen Leuten in die Armee und
2. möglichst frühzeitige Erkennung aller geistig für den Heeresdienst nicht geeigneten Elemente.

Die strikte Durchführung des ersten Gesichtspunktes wäre ja sicher das Ideal und muß auch für uns ein Ideal bleiben, welchem nahe zu kommen wir bemüht sein müssen. Nach meiner Auffassung wird diese Forderung sich aber nie ganz erfüllen lassen. Der Militärverwaltung ist bei der Erreichung dieses Ziels nur eine mittelbare Mitwirkung beschieden in Form von Anregungen und Vorschlägen, deren praktische Durchführung Aufgabe der Zivilbehörden ist. Durch das verständnisvolle Zusammenarbeiten der Zivil- mit den Militärbehörden ist — wie von militärischer Seite dankbar anerkannt werden muß — viel erreicht worden; ich nenne die Anzeigepflicht der Irrenanstalten, der Hilfsschulen, die Mitwirkung der Fürsorgeanstalten usw. Es werden aber mehr noch als bisher bei der Musterung durch die Ortsbehörden die Schwachsinnigen, geistig Beschränkten, Psychopathen, Epileptiker gekennzeichnet werden müssen. Wenn auch seitens des Kriegsministeriums uns Sanitätsoffizieren es zur Pflicht gemacht worden ist, bereits bei der Musterung abnorme Geisteszustände zu berücksichtigen,

so ist es doch nur ein Glückszufall, wenn wir diese Leute herausfinden. Allenfalls gelingt uns dieses bei hochgradig Schwachsinnigen; die leichteren Schwachsinnsformen bleiben unerkannt, wenn uns nicht von dem Gemeindevorsteher, den Arbeitgebern die erforderlichen Unterlagen ungefragt gegeben werden. Daß hier außerordentliche Schwierigkeiten zu überwinden sind, braucht nicht erst erwähnt zu werden; in zahlreichen Arbeiten sind alle in Betracht kommenden Faktoren eingehend gewürdigt worden und Vorschläge gemacht, um wenigstens einige Erfolge zu erzielen.

Unser Hauptstreben wird stets auf die eingangs an zweiter Stelle erwähnten Gesichtspunkte gerichtet sein, nämlich möglichst bald nach der Einstellung die Mannschaften mit regelwidrigen Geisteszuständen herauszufinden. Diese Aufgabe liegt in erster Linie den militärischen Vorgesetzten ob. Populärpsychiatrische Abhandlungen, Vorträge über krankhafte Seelenzustände — eine Maßnahme, die jetzt dienstlich weitgehend durchgeführt ist — haben, wie ich aus eigener Erfahrung sagen kann, das Interesse der militärischen Dienststellen für das Fach der Psychiatrie in erfreulicher Weise geweckt und vertieft. Wenn man sich vergegenwärtigt, wie außerordentlich verschieden die einzelnen Individuen auf all die neuartigen Eindrücke, die gänzlich anderen Lebensbedingungen beim Militär reagieren, wird man es verständlich finden, daß nicht immer schon in der allerersten Zeit nach dem Diensteintritt sämtliche geistig ungeeigneten Mannschaften herausgefunden werden können. Eins scheint mir aber bestimmt jetzt erreicht zu sein, nämlich, daß nicht mehr jeder geistig Auffällige, jeder dumme oder ungeschickte Rekrut für einen Simulanten gehalten wird, sondern daß seitens der militärischen Dienststellen richtig erkannt wird, in solchen Fällen müsse der Truppenarzt als Berater hinzugezogen werden. Dieser wird — auf Grund der verbesserten psychiatrischen Ausbildung — häufig bereits selbst krankhafte Seelenzustände richtig deuten, oder aber in schwierigen oder zweifelhaften Fällen den betreffenden Soldaten der zuständigen psychiatrischen Station überweisen. Wir besitzen jetzt bei jedem Armeekorps wenigstens einen in der Irrenheilkunde spezialistisch vorgebildeten Sanitätsoffizier, der ordinierender Arzt einer besonderen Station in dem betreffenden Korpslazarett ist.

Überdies verfügen wir auch über einige besondere Beobachtungsstationen, in Berlin, Posen, Straßburg, die in ihrer Einrichtung durchaus den Charakter von kleinen psychiatrischen Kliniken tragen. Es ist also weitgehende Fürsorge getroffen, daß ein geistig kranker oder auffälliger Soldat möglichst bald dem Fachmann zur Beobachtung bezw. zur Behandlung überwiesen werden kann. In jedem kleinen Lazarett ist überdies eine besondere Zelle gebaut worden, die mit weitgehenden Sicherheitsmaßnahmen versehen ist (unzerschlagbaren Scheiben, massiven Türen, verkleideter, von außen zu bedienender Heizung usw.). Auf diese Weise kann z. B. ein erregter Kranker die kurze Zeit — meist sind es ja nur Stunden — bis zu seiner Überführung sicher und ohne Gefahr einer Selbstbeschädigung untergebracht werden.

Die Bedeutung der drei oben erwähnten psychiatrischen Spezialstationen ist im Rückgang begriffen. Zahlreiche Korps haben in ihren Korpslazaretten psychiatrische Stationen, z. T. mit nicht unbeträchtlichen Kosten, geschaffen und überweisen daher die psychisch kranken Soldaten nicht mehr einer der drei Spezialstationen. Dadurch gewinnen diese drei Spezialstationen immer mehr den Charakter von reinen Korpsstationen. Wenigstens gilt dieses von der Geisteskrankenabteilung in Posen. Ihre Eigenart beruht jedoch noch darin, daß der Zugang an gerichtlichen Fällen ein relativ größerer ist als bei den Korpsstationen.

Immerhin ist das Krankenmaterial der Posener Geisteskrankenabteilung groß genug, um die Arbeitskraft eines einzelnen Arztes vollauf in Anspruch zu nehmen, besonders wenn berücksichtigt wird, daß uns neben dem Lazarettdienst noch der Truppendienst — wenigstens eines Bataillons — obliegt. Die Zugangszahl gestattet es, die einzelnen Fälle gründlich nach den verschiedensten wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu verarbeiten, wodurch die Tätigkeit des betreffenden Psychiaters hinreichend Anregung gewinnt.

Ich glaube, daß es auch für einen größeren Kreis Interesse besitzen dürfte, wenn ich im nachfolgenden einen Überblick gebe über die Tätigkeit der Posener psychiatrischen Abteilung während eines Jahres, nämlich innerhalb der Zeit vom 1. Oktober 1911 bis 30. September 1912.

Am 1. Oktober 1911 befanden sich auf der Station 13 Kranke, deren Beobachtung bezw. Behandlung noch nicht abgeschlossen war. Innerhalb des erwähnten Jahres kamen zur Einweisung im ganzen 102 Zugänge; von diesen kamen 3 Personen zweimal in Zugang, es handelt sich also bei den 102 Zugängen um 99 Personen. Von diesen schalten 4 aus, da bei ihnen am 1. Oktober 1912 die Beobachtung noch nicht abgeschlossen war. In Betracht kommen mithin 108 Personen. Von diesen möchte ich noch zwei aus anderen Gründen ausschalten, so daß im ganzen 106 verbleiben.

Bei diesen wurden folgende Diagnosen gestellt:

	Absolute Zahl	Mann-schaften	Unter-offiziere	Offiziere
Alkoholische Geistesstörungen	9	4	4	1
Dementia praecox . .	23	20	3	—
Paralysis progressiva . .	1	—	1	—
Organische Gehirnerkrankungen	4	1	2	1
Manisch-depressives Irresein	2	—	1	1
Paranoia chronica . . .	1	1	—	—
Epilepsie	11	11	—	—
Endogene Nervosität u. erworbene Neurasthenie	5	—	4	1
Hysterie	4	3	—	1
Imbecillität (einschl. Debilität)	20	20	—	—
Psychopathische Konstitutionen	25	22	1	2
Akute halluzinatorische Verwirrtheit(Amentia)	1	1	—	—

Es gehörten mithin an:

dem Offizierstande 7,
dem Unteroffizierstande 16,
dem Mannschaftsstande . . . . . 83.

Reine Nervenkrankheiten fehlen völlig; es entspricht dieses ja auch durchaus dem Charakter der Station als einer lediglich psychiatrischen. Aus diesem Umstande erklärt es sich auch, daß die Neurasthenie und Hysterie nur sehr wenig in der Tabelle vertreten sind. Diese Krankheitsformen gelangten auf der inneren Station in Zugang und werden nur dann zur Geisteskrankenstation verlegt, wenn die psychischen Symptome stärker hervortreten oder aber es sich um gerichtliche Beobachtungsfälle handelt, dann allerdings mehr im Interesse einer gründlichen Beobachtung und zwecks Verhinderung von Entweichungen.

Diese Neurosen grundsätzlich der Geisteskrankenstation zur Behandlung zu überweisen, erscheint mir nicht angängig. Die Sicherungsmaßnahmen der Station, der Umgang mit mehr oder weniger ausgesprochen Geisteskranken würden die Behandlung ungünstig beeinflussen, vor allem, wenn man sich die große psychische Labilität der Neurastheniker und Hysteriker, ihre starke Empfänglichkeit für ungünstige Eindrücke der Umgebung vergegenwärtigt. Die Unterbringung dieser Kranken auf einer Station, die mit der Geisteskrankenstation nicht zusammenhängt, erscheint mir zweckmäßiger.

Mit einer relativ bescheidenen Zahl ist auch die Epilepsie vertreten. Hier gilt im wesentlichen das gleiche wie über die Neurasthenie und Hysterie. Ich würde es für wünschenswert und auch unbedenklich halten, daß die Epileptiker, sowie die epilepsieverdächtigen Soldaten grundsätzlich der Geisteskrankenstation zugewiesen würden, schon allein im Interesse einer gründlichen Beobachtung durch psychiatrisch geschultes Personal. Praktisch ist dieses leider nicht durchzuführen, da die Bettenzahl der Geisteskrankenstation nur gering ist, mithin durch diese Beobachtungsfälle stets ein bis mehrere Betten — oft wochenlang — gesperrt blieben und dadurch dem Zwecke der Station entzogen würden.

Aus der Tabelle ergibt sich ferner, daß gewisse Krankheitsformen den größten Teil der Zugänge ausmachen. Es sind

dieses das Jugendirresein, die psychopathischen Konstitutionen und der angeborene Schwachsinn. Ich möchte diese in einer zweiten Tabelle besonders darstellen und auch die Epilepsie hinzunehmen (siehe nachstehend).

An Offizieren finden sich in der zuletzt erwähnten Tabelle unter der Rubrik „psychopath. Konstitutionen" 2; beide waren gerichtlich eingewiesen. Ferner sind 4 Unteroffiziere zur Aufnahme gelangt (3 litten an Jugendirresein, 1 an psychopathischer Konstitution). Der Rest, 73, gehörte dem Mannschaftsstande an. Von diesen standen im ersten Dienstjahre 47, im zweiten Dienstjahre 19. 5 Mann hatten Gefängnisstrafen während ihrer Dienstzeit erhalten und befanden sich im dritten (3 Mann), im vierten (1 Mann) und im siebenten Dienstjahre (1 Mann). 1 Mann war gelegentlich einer Reserveübung erkrankt (an Jugendirresein); einer wurde zwecks Feststellung der Höhe seiner Versorgungsansprüche eingewiesen. Es ergibt sich aus der Tabelle das erfreuliche Resultat, daß die größere Prozentzahl (von 73 Mann 47) bereits im ersten Dienstjahre als psychisch krank ermittelt und entlassen wurde. Insbesondere gilt dieses — wie aus der Tabelle sich näher ergibt — von den Schwachsinnigen.

Von den Unteroffizieren und Mannschaften (im ganzen 77) waren eingetreten als Mehrjährig-Freiwillige 14 Mann = 18,2%, als unsichere Dienstpflichtige waren 5 eingestellt = 6,5%; der Rest, 58, waren als Ersatz-Rekruten eingestellt worden = 75,3%. Die Zahl der Aufnahmen ist zu gering, um aus diesen Prozentzahlen irgendwelche Schlüsse ziehen zu können; vor allem ist es unmöglich, auf Grund meines kleinen Materiales zu der Frage Stellung zu nehmen, ob die als zweijährig Freiwillige eingetretenen Soldaten mehr zu psychischen Erkrankungen neigen. Dem Geisteszustand der mehrjährig Freiwilligen ist in militärärztlichen Kreisen besondere Beachtung geschenkt worden und Stier[1]) hat in seiner Arbeit: „Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung" betont, daß diese mehrjährig Freiwilligen einen größeren Abgang an Dienstunbrauchbaren besitzen und leichter erkranken als die Ersatz-Rekruten, weil sie körperliche Fehler

---

[1]) Stier, Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen Bd. II Heft 3 bis 5. Halle a. S. 1904.

	Zahl	Mannschaften				Unteroffiziere					Der Diensteintritt der Unteroffiziere und Mannschaften erfolgte als			Von diesen wurden entlassen als			
		Zahl	1. Dienstjahr	2. Dienstjahr	mehr als 2 Dienstjahre	Zahl	1.—3. Dienstjahr	4.—6. Dienstjahr	7.—9. Dienstjahr	10.—12. Dienstjahr	Ersatz	Freiwillig	Unsicher	dienstfähig	dienstunbrauchbar ohne Versorgung	dienstunbrauchbar mit Versorgung	
...ia ...ecox	23	20	12	6	2*	3	—	3	—	—	18	5	—	—	21	1**	**von diesen war 1 Reservist; derselbe zur Feststellung der Rentenhöhe eingewiesen
Epilepsie	11	11	7	3	1*	—	—	—	—	—	8	2	1	—	11	—	* stand im 7. Dienstjahre infolge mehrfacher, beim Militär verbüßter Gefängnisstrafen
Imbezillität (einschl. Debilität)	20	20	15	2	3*	—	—	—	—	—	15	2	3	2	18	—	* 3 standen im 3. Dienstjahre, alle infolge beim Militär verbüßter Gefängnisstrafen
Psychopathische Konstitution	25*	22	13	8	1**	—	—	—	1	—	17	5	1	11	11	1†	* davon 2 Offiziere. ** im 4. Dienstjahre infolge früherer Gefängnisstrafe † ein Unteroffizier

verschweigen oder gar wissentlich falsche Angaben hierüber machen. Vor allem aber ist bei diesen Freiwilligen eine moralische Schwäche häufig vorhanden. Diese jungen Leute melden sich oft gerade deshalb zum freiwilligen Eintritt, „weil sie keine Freude an der strengen, geregelten Arbeit finden, wie sie bei ihrem Meister, in der Fabrik oder in der Landwirtschaft von ihnen verlangt wird. Geblendet durch die glänzende Außenseite des Militärs und ohne genügendes Verständnis für den tiefen, inneren Ernst der militärischen Arbeit, sind sie durch die Wirklichkeit nachher oft und schwer getäuscht und gelangen dann niemals zu der freudigen Pflichterfüllung, die in allen Soldaten zu entwickeln das höchste Ziel der militärischen Erziehung sein muß". Stier erwähnt im Anschluß an diese Ausführungen, daß nach statistischen Feststellungen in Frankreich die Freiwilligen vier- bis fünfmal mehr Vergehen und Verbrechen, insbesondere Fahnenflucht begingen als die ausgehobenen Soldaten und bestätigt durch eigene Erfahrung, daß Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung bei Truppenteilen mit einem großen Prozentsatz Freiwilliger (z. B. Kavallerie-Regimentern) viel häufiger waren. Bennecke[2]) hat an einem verhältnismäßig allerdings nur kleinen Material diese Frage nachgeprüft und unter 40 Dementia-praecox-Fällen 1/4 (10 Mann) als Mehrjährig-Freiwillige festgestellt. Von diesen 10 Freiwilligen waren 6 bei ihrem Diensteintritt bereits psychisch krank. Mein Material enthält 14 Mehrjährig-Freiwillige. Verteilung dieser auf die einzelnen Psychosen siehe Tabelle.

Unter 5 Mehrjährig-Freiwilligen, die wegen Jugendirresein vom Militär entlassen wurden, zeigten drei vor ihrem Eintritt bereits mehr oder weniger deutliche Erscheinungen der Erkrankung. Ein vierter erkrankte akut im Anschluß an Gelenkrheumatismus. Erwähnenswert ist der Fall eines Unteroffiziers, der später geschildert werden soll. Dieser war der einzige gerichtliche Fall unter den fünf Mehrjährig-Freiwilligen dieser Gruppe.

Zwei Mehrjährig-Freiwillige litten an Imbecillität (torpide Form); von diesen war ein Fall gerichtlich. An Epilepsie litten seit langen Jahren zwei Freiwillige und interessanter Weise

---

[2]) Bennecke: Dementia praecox in der Armee. Dresden 1907.

beide an psychischer Epilepsie. Beide zeigten in ihrem Lebenslaufe einen Mangel an Beständigkeit (ein Fall gerichtlich).

Besonders hervorheben möchte ich jedoch, daß von den fünf Mehrjährig-Freiwilligen, bei denen eine psychopathische Konstitution festgestellt wurde, alle fünf gerichtliche Fälle waren. In dieser Gruppe sind naturgemäß die haltlosen Charaktere besonders vertreten. Ihre Lebensläufe werden gleichfalls z. T. zu schildern sein.

In einem gewissen Zusammenhang mit den Mehrjährig-Freiwilligen hinsichtlich ihres Geisteszustandes stehen nach meiner Auffassung die unsicheren Dienstpflichtigen. Während die einen haltlosen Persönlichkeiten sich durch die glänzende Außenseite des Militärs blenden lassen und aus Abneigung gegen geregelte, geordnete Arbeit mit hochgespannten Erwartungen als Mehrjährig-Freiwillige in das Heer eintreten, suchen andere haltlose, moralisch und psychisch schwache junge Leute sich jeder ihnen ungewohnt und dadurch lästig erscheinenden Änderung ihres Lebens zu entziehen — also auch dem Heeresdienst.

Von den fünf unsicheren Dienstpflichtigen litten
an Epilepsie: ein Fürsorgezögling, ausgesprochen unstät, diente im siebenten Jahre;
an Imbecillität: drei (darunter ein ehemaliger Fürsorgezögling), alle drei unstäte Menschen, einer ein ausgesprochener Landstreicher;
an psychopathischer Konstitution: einer (dieser war jahrelang Landstreicher gewesen und aus dem Arbeitshaus in das Heer eingestellt worden).

Alle fünf wurden gerichtlich eingewiesen, vier hatten unerlaubte Entfernung bezw. Fahnenflucht begangen, einer (hochgradiger Schwachsinn!) Achtungsverletzung und Gehorsamsverweigerung. Die gleiche Untätigkeit und Haltlosigkeit, die diese Leute veranlaßt hatte, sich der Einstellung zu entziehen, hat sie also — wenigstens vier von den fünf — wieder während der Dienstzeit flüchtig werden lassen.

Der Frage der Kriminalität im allgemeinen soll ein eigenes Kapitel gewidmet werden.

Im nachfolgenden möchte ich die einzelnen Psychosen etwas eingehender besprechen.

Dementia praecox.

Meine 23 Fälle bilden eine Bestätigung der bereits von anderer Seite gemachten Erfahrung, daß die bei Soldaten beobachteten Fälle von Dementia praecox in ihrer Gesamtheit wesentlich günstiger verlaufen, als die im Zivilleben beobachteten. Bei meinem Material fehlen eigentlich gänzlich die schweren Fälle, die wir in psychiatrischen Kliniken usw. zu sehen gewohnt sind, die tiefen, lang dauernden Stuporzustände, die sinnlosen, gewaltsamen Explosionen, die mit zahlreichen Halluzinationen des Gesichts, Gehörs usw. einhergehenden stärkeren Erregungszustände.[3]) Nicht in einem einzigen Falle bestand eine über 24 Stunden anhaltende Nahrungsverweigerung, Sondenfütterung wurde überhaupt während des ganzen Jahres nicht notwendig. Leichte Stuporzustände kamen naturgemäß zur Beobachtung, jedoch waren diese Sperrungszustände nur ausnahmsweise einmal für kurze Zeit so stark, daß eine sprachliche Verständigung Schwierigkeiten hatte.

Erbliche Belastung konnte bei 12 Patienten nachgewiesen werden. Es waren hereditär belastet:

1. lediglich von väterlicher Seite her 3 Soldaten (bei 1 Vater Epileptiker, bei 2 Väter starke Säufer),
2. lediglich von mütterlicher Seite: 5 (bei 3 Mutter Psychose, bei 1 Ohnmachtsanfälle, bei 1 Epilepsie),
3. durch beide Eltern: 3 (bei zweien Väter starke Säufer und die Mütter geistes- bezw. nervenkrank; bei dem dritten war der Vater rückenmarkleidend und die Mutter litt an periodischem Kopfschmerz).
4. Neben einer hereditären Belastung waren noch bei 4 Soldaten die Geschwister geistig auffällig, krank oder besonders dumm.

Als besonders starke erbliche Belastung sei erwähnt: Mutter und deren Vater Epilepsie (mit Seelenstörung), Großvater und zwei Brüder des Vaters Säufer, ein Bruder des Patienten Zwergwuchs und geistig zurückgeblieben.

Eine erbliche Belastung seitens der Eltern bestand also in

---

[3]) Es sei bemerkt, daß auch in anderen Jahren im wesentlichen dieselben Beobachtungen von mir gemacht wurden, wenn auch nicht in genau der gleichen milden Form des Vorkommens.

50% der Fälle. Mein Material ist viel zu gering, als daß ich es wagen dürfte, auf das schwierige Kapitel der erblichen Belastung einzugehen. Ich möchte es auch durchaus ablehnen, meine Zahl mit denen anderer Autoren vergleichen zu wollen.

Ich möchte nur rein sachlich referieren, daß Kraepelin[4]) Geisteskrankheit der Erzeuger in 18 bis 19%, Bleuler[5]) in 35% „Geisteskrankheit der Eltern und Großeltern (oder beider)" fand. Wolfsohn fand eine neurotische Belastung von 29%, wovon gerade die Hälfte mit Geisteskrankheit kombiniert war. „Alkoholismus der Eltern" (die anderen Verwandtschaftsgrade sind von Wolfsohn beim Alkoholismus nicht berücksichtigt) finden wir in 26%, wovon etwas über zwei Drittel sich mit anderen Belastungsmomenten (bei allen Familiengliedern) kombinieren" (Bleuler). Ehelich geboren sind alle 23 Soldaten. In Fürsorgeerziehung hatte sich keiner befunden. Ein Handwerk erlernt hatten 8, einer war in seinem Handwerk gescheitert, anscheinend aber nicht infolge beginnenden Jugendirreseins. Gelernte Arbeiter waren fünf, Arbeiter im gewöhnlichen Sinne neun.

Besondere Beachtung mußte bei meinem militärischen Materiale der Frage beigemessen werden, ob und wieweit dem Militärdienst eine Schuld an der Entstehung des Jugendirreseins zuzuschreiben sei, also der Frage der Dienstbeschädigung.

Umfassende Erhebungen, die in jedem Falle angestellt wurden, und bei denen besonders auf Anfangserscheinungen des Jugendirreseins gefahndet wurde, ergaben die Tatsache, daß bei elf Mann (also bei annähernd 50%) der Beginn der Dementia praecox bereits für das Zivilleben nachgewiesen werden konnte, teils mit Wahrscheinlichkeit, teils mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit. Als geistig auffällige Züge aus der Zeit vor dem Diensteintritt wurden genannt: zeitweise arbeitsam, zeitweise träge, Renommieren, Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Eitelkeit, Selbstsucht, Weinerlichkeit, Ängstlichkeit, eigenartiges Wesen, Neigung zur Absonderung, Vernachlässigung in Kleidung, Überschätzungs-, ja

---

[4]) Kraepelin: Psychiatrie. VII. Auflage 1904 S. 270.

[5]) Bleuler: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien S. 276 (in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Verlag Deuticke, Leipzig und Wien 1911).

sogar „Größenideen", Schwindelanfälle, leichte Sinnestäuschungen, „nervöse Beschwerden, nämlich Kopfschmerzen", Angst, Aufgeregtheit; besonders wird auch das Unvermögen von mehreren erwähnt, sich in den Dienststellungen zu halten, ferner Neigung zum unmotivierten Davonlaufen, zu Widersetzlichkeit, Widerspruch usw. Von einem Manne wurde uns sogar folgendes berichtet: In der Lehre habe er mehrfach Krampfanfälle gehabt und auch längere Zeit in ärztlicher Behandlung gestanden. Die Lehre habe er vorzeitig beenden müssen. Er habe dann an Sinnestäuschungen des Gesichts und Gehörs gelitten, Verfolgungsideen gehabt, sei teils menschenscheu und tiefsinnig, teils übertrieben lustig gewesen und man habe seine „Unterbringung in eine Anstalt wegen religiösen Wahnsinns" in Betracht gezogen. Diese Absicht gelangte nicht zur Ausführung, anscheinend weil eine Remission einsetzte. Er wurde beim Militär eingestellt und erst nachdem er hier sehr bald aufgefallen war, erfuhr man alle diese Tatsachen, die zweckmäßig sofort beim Eintritt von den Angehörigen der Truppe hätten mitgeteilt werden müssen. Ich bemerke, daß überhaupt nicht in einem einzigen Falle dieser Gruppe die Militärbehörde von Angehörigen, Dienstherren, Ortspolizeibehörden usw. auf die Psyche des betreffenden neu eingestellten Rekruten aufmerksam gemacht worden ist.

Besonderes Interesse verdienen m. E. auch die Krankheitsgeschichten zweier Unteroffiziere (ein Frontunteroffizier, ein Hilfshoboist).

Mi., Unteroffizier (fünftes Dienstjahr).

Eltern gestorben, Ursache unbekannt. Über erbliche Belastung sowie früheste Kindheit nichts zu ermitteln. In der Schule Durchschnittsschüler. Nach der Schulzeit Grubenarbeiter. Durch Erhebungen wird festgestellt, daß Mi. vor der Militärzeit häufig an Kopfschmerzen gelitten hat, sehr aufgeregt, sehr erregbar, „nervös", zeitweise auch traurig und verstimmt gewesen war. Von seiner Arbeitsstelle ist er ohne Grund mehrfach davongelaufen und hat sich tagelang umhergetrieben. Während der ersten vier Jahre seiner Dienstzeit 1907—1911 soll Mi. nach der Schilderung seines Kompagniechefs ein durchaus tüchtiger und sehr brauchbarer Soldat gewesen sein. 1911 überschritt er den Urlaub um einen Tag, wurde dafür bestraft, führte sich jedoch in der Folgezeit wieder einwandsfrei. Die Unteroffiziere, die mit Mi. in näheren Beziehungen standen, bezeichnen ihn als einen von jeher sehr leicht erregbaren Menschen. Schon bei geringfügigen Anlässen sei er in Wut geraten und dann sogar hand-

greiflich gegen die Kameraden geworden. Nachts sei es wiederholt vorgekommen, daß Mi. aufstand, hin und her lief, vor sich hin sprach und dann wieder sein Bett aufsuchte, ohne jedoch am nächsten Morgen etwas davon zu wissen.

Mi. gibt an, er habe Anfang 1911, als er zu einer Straßenpatrouille kommandiert war, mit einer Latte einen Hieb über den Kopf bekommen; er sei kurze Zeit bewußtlos gewesen und seit jener Zeit wisse er manchmal nicht, was er tue. (Es gelang nicht, die Richtigkeit dieser Angaben festzustellen.) Im Mai 1912 blieb Mi. wieder zwei Tage über Urlaub und wurde dafür mit Arrest bestraft. Vor Antritt der Strafe borgte er sich von verschiedenen Mannschaften Geld, ferner eine Uhr, Handschuhe, öffnete mittels Nachschlüssels die Waffenkammer und entwendete einen Revolver. Er wurde sodann flüchtig, kehrte jedoch nach zehntägigem Umherirren freiwillig zur Kompagnie zurück. Er meldete sich wegen allgemeiner nervöser Beschwerden krank und wurde in das Garnison-Lazarett aufgenommen. Hier war er seelisch gedrückt, augenscheinlich auch verwirrt, weinerlich und wußte keine bestimmten Angaben über seine Entfernung und die Zeit des Fernbleibens zu machen. Seine Angaben über seine Vergangenheit waren ungenau und widerspruchsvoll. Aus nichtverständlichen Gründen in Arrest zurückversetzt, wurde er in seiner Zelle erregt, zertrümmerte die Einrichtungsgegenstände und erschien verwirrt. Sogleich in das Garnison-Lazarett überführt, äußerte er Sinnestäuschungen. In der Folgezeit zeigte er deutlich in Wesen und Sprache Sperrungszustände, ausgesprochene Verwirrtheit, Sinnestäuschungen des Gesichts und Gehörs meist unangenehmer Natur, mit explosionsartiger, kurzdauernder Erregung. Das Gesicht erschien ratlos, verlegen, sein Verhalten gegenüber den Mitkranken ausgesprochen teilnahmslos. Eine geordnete Unterhaltung war wegen des gesperrten Wesens, einer hochgradigen Störung der Merkfähigkeit sowie auch anscheinend des Gedächtnisses nicht möglich. Er hatte ständig zahlreiche Klagen, meist über Kopfschmerzen, Mattigkeit und Schwindelgefühl. Unverkennbar war auch eine ausgesprochene Reizbarkeit. Seitens des Nervensystems sei hauptsächlich eine tiefe Empfindungslosigkeit für Nadelstiche hervorgehoben.

Ich habe den vorstehenden Fall deshalb eingehend geschildert, weil der Verdacht nicht von der Hand zu weisen ist, daß bei Mi. sich bereits vor dem Diensteintritt ein Jugendirresein zu entwickeln begonnen hat. Es ist dann anscheinend eine Remission eingetreten, so daß Mi. während der ersten Jahre unauffällig seinen Dienst versehen, sogar Unteroffizierdienste leisten konnte, bis wieder stärkere und jetzt einwandfreie Zeichen eines Jugendirreseins zutage traten. Auf die Frage der Remissionen komme ich noch zurück.

S., Unteroffizier, Hilfshoboist (fünftes Dienstjahr), ehelich ge-

boren. Keine erbliche Belastung. Normale Geburt, normale Entwickelung in frühester Kindheit. Im sechsten, sowie vom zwölften bis achtzehnten Lebensjahre nach Schilderung der Eltern „nächtliche Aufregungszustände", d. h. S. fing plötzlich im Schlafe an zu schreien, dermaßen, bis ihm Schaum vor dem Munde stand; gleichzeitig war S. sehr aufgeregt, und ließ sich schwer beruhigen. Während dieses Zustandes heftige Kopfschmerzen. Diese Erregungszustände hielten jedesmal etwa eine Woche hindurch an. Zwischen dem sechsten und zwölften Lebensjahre ist ein „krankhafter Zustand fast gar nicht vorgekommen". In der Schule erschien er mäßig begabt, jedoch fleißig, im übrigen ruhig und wenig gesellig; nach der Schulentlassung wurde er Musiker. Der Musikmeister bezeichnet ihn als einen äußerst verschlossenen Charakter und erwähnt, daß S. während der Lehrzeit mehrere Male ohne Grund einfach davongefahren sei. Nach dem Diensteintritt fiel er bei der Kapelle dadurch auf, daß er sich von den Kameraden absonderte, nur schwer Antwort auf Fragen gab und oft lange Zeit vor sich hinstierte. „Er machte einen sehr kindischen Eindruck und war in seinem ganzen Wesen nicht mannbar." S. kapitulierte nach 1 ¼ jähriger Dienstzeit bei einem anderen Truppenteile. In dem Bericht wird erwähnt, daß S. oft längere Zeit am Tisch saß, vor sich hinstierte und auf Fragen keine Antwort gab. „Von den Kameraden sonderte er sich ab, war häufig vergeßlich. Stundenlang sprach er überhaupt nichts, antwortete auf Fragen sehr selten und tanzte öfter mit den Stühlen in der Stube umher. Militärische Einrichtungen, z. B. die Anzahl der Kompagnien eines Regiments, waren ihm teilweise anscheinend gänzlich unbekannt. Auf der Straße mußte er von Kameraden aufmerksam gemacht werden, wenn ein Vorgesetzter kam." Im September 1911 in die Heimat beurlaubt, kehrte er von dem Urlaub nicht zurück. Der Vater berichtete, der Sohn habe ein falsches Paket mit nach Hause gebracht, zu Hause keine Ruhe gehabt und eine mehrtägige Fußtour gemacht. S. gab bei seiner Festnahme an, er sei auf der Rückreise in die Garnison am letzten Urlaubstage unterwegs ausgestiegen und habe Bekannte besucht. Auf den Kriegsgerichtsrat machte S. bei der Vernehmung den Eindruck eines Geistesgestörten. S. wurde sofort dem Lazarett seines Standortes und von diesem der Geisteskrankenstation überwiesen. Anfangs zeigte er sich leicht erregt, ablehnend, gab gar keine oder völlig unzusammenhängende Antworten, äußerte Vergiftungsideen, verweigerte auch die Nahrung vorübergehend, „weil Wanzen und Flöhe in der Suppe seien". Im Verlauf der weiteren Beobachtung wurde er immer stiller und verschlossener und abgesperrter, immer weniger zugänglich und äußerte nur mannigfaltige körperliche Beschwerden, sowie zeitweise konfuse, ganz verschrobene Sätze. Es traten plötzliche unmotivierte Handlungen auf (S. stülpte sich z. B. plötzlich den gefüllten Eßnapf auf den Kopf und lief laut schreiend umher.) Er klagte über Schwindelanfälle, gab Sinnestäuschungen zu, kurz es bildete sich eine ausgesprochene Katatonie heraus.

In dem vorstehend geschilderten Falle scheint mir kein

Zweifel darüber möglich, daß es sich um ein seit Jahren bestehendes Jugendirresein handelt. Dieses aber hat infolge des relativ schleichenden Verlaufs den Mann nicht gehindert, seinen Beruf als Militärmusiker leidlich zu erfüllen.

Bei weiteren sechs Soldaten der Dementia-praecox-Gruppe gelang es mir nicht, aus der Vorgeschichte wesentliche oder nennenswerte Anhaltspunkte für ein Jugendirresein v o r dem Diensteintritt zu ermitteln. Auffällig ist nur, daß von fünf ausdrücklich berichtet wurde, sie hätten in der Schule mäßig oder gar schlecht und schwer begriffen; einer von den fünfen hatte sogar eine Hilfsschule besucht. Es ist vielleicht möglich, daß die schlechten Resultate in der Schule zurückzuführen sind auf einen frühzeitigen Beginn des Jugendirreseins.

Auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau 1913 wurde gelegentlich erneut darauf hingewiesen, daß wir wahrscheinlich mit einem viel früheren Beginn des Jugendirreseins rechnen müßten als bisher.

Dieses hatten schon K r a e p e l i n [6]), M e y e r [7]), V o g t [8]) — um nur einige bedeutende Autoren zu nennen — in früheren Jahren als wahrscheinlich oder sicher auf Grund eigener Beobachtungen festgestellt.

Bei den zahlreichen Schülern der Schulen entgehen den Lehrern Eigenarten und sonstige psychische Auffälligkeiten ihrer Zöglinge oder entschwinden ihrem Gedächtnis im Laufe der Jahre. Letzteres ist oft auch bei den Eltern der Fall, so daß wir gar nicht einmal von Übelwollen der Eltern reden können, wenn unsere Ermittelungen uns nicht genügendes Material geben.

Ich habe mich allerdings bei allen fünf für ein Jugendirresein auf dem Boden eines angeborenen Schwachsinns entschieden. Alle sechs erwähnten Fälle stimmen darin überein, daß sie sofort beim Diensteintritt oder aber bereits in der allerersten Zeit nach der Einstellung psychisch auffällige Züge darboten, also zu einer Zeit, als m. E. überhaupt noch nicht von

---

[6]) K r a e p e l i n : Psychiatrie. 7. Auflage 1904 Leipzig.

[7]) M e y e r : Die Ursachen der Geisteskrankheiten. 1907 Jena.

[8]) V o g t : Über Fälle von „Jugendirresein" im Kindesalter (Frühformen des Jugendirreseins). Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie Band 66 Heft 3, 4 1909.

einer schädigenden Einwirkung des Militärdienstes die Rede sein konnte. Als auffällige Züge seien aus den Berichten der Kompagnien erwähnt: Geistige Schwerfälligkeit, stilles Wesen, vor sich Hinstieren, Weinerlichkeit, hypochondrische Klagen, unbegründetes Davonlaufen aus Reih' und Glied, auch aus der Kaserne, Nachlässigkeit in Kleidung und Körperpflege, eigenartiges Wesen, Absperrung, nächtliches Weinen und Jammern, unmotiviertes Lachen, Grinsen, Heulen, ferner sinnlose oder gar keine Antworten auf Fragen im Unterricht usw. Ein Mann dieser Gruppe wurde bei der Truppe „nie fertig", zeigte sich im Unterricht „schwachsinnig", zeigte Neigung zu „Trübsinn", lachte und heulte ohne Grund, behauptete, er müsse verhungern, bekundete besondere Verehrung für wertlose Dinge, richtete z. B. einer Holzpuppe einen Ehrenplatz in seinem Schranke ein und nahm sie mit ins Bett. Er wurde ferner als sehr gefräßig geschildert; eines Tages verzehrte er hintereinander zwei Kommißbrote, bekam Verdauungsbeschwerden und wurde dem Arzte vorgeführt, der sofort die fachärztliche Beobachtung des Mannes auf Grund der geschilderten Vorgeschichte veranlaßte.

Es ergibt sich also die überaus beachtenswerte Tatsache, daß bei 17 von 23 Mann meines Materials, also bei 74%, es mir gelang, bereits vor bezw. bei, spätestens kurz nach dem Diensteintritt mehr oder weniger deutliche Erscheinungen von Jugendirresein nachzuweisen. Diese Beobachtung ist auch von anderen bereits gemacht worden. So erwähnt Mattauschek[9]), „daß in zirka einem Viertel der militärischen Fälle (17 von 72) eine bereits vor der Aushebung abgelaufene Attacke oder der Beginn der Erkrankung vor der Einreihung erhoben werden konnte". Benneckе berichtet in seiner vortrefflichen Monographie, „daß 20, also die Hälfte (seines Materials) schon vor der Dienstzeit erkrankt waren". Bei seinen Fällen handelte es sich genau wie bei den meinigen um eine schleichend verlaufende Form vor der Einstellung, nicht um das Bild einer deutlich erkennbaren Psychose.

Halten wir an der ausgesprochenen endogenen Natur der Dementia praecox fest, so werden wir in allen vorstehend er-

---

[9]) Mattauschek: Beitrag zur Prognose der Dementia praecox. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. Band XXX 1909 (Sonderabdruck).

wähnten Fällen auch eine Verschlimmerung des bereits vorhandenen Jugendirreseins durch den Heeresdienst ablehnen müssen. Eine Verschlimmerung der Krankheit durch den Dienst kommt m. E. allein schon deshalb nicht in Frage, weil sich nur die Symptome geändert haben, nicht aber die Krankheit an und für sich. Bleuler erwähnte in seinem zitierten Werke ausdrücklich: [10]) „Von den äußeren Umständen scheint die Schizophrenie unabhängig zu sein." Er lehnt einen Zusammenhang des Leidens mit psychischen Ursachen und Überanstrengung als unwahrscheinlich ab.

Es war daher konsequent, in den vorhergehenden Fällen die Frage der Dienstbeschädigung zu verneinen. Tatsächlich sind sechzehn Mann ohne Versorgung entlassen worden. In dem 17. Falle bin ich in gewissem Grade unkonsequent gewesen. Bei diesem Manne bestand starke Affekterregbarkeit, die eine Ausbildung des Mannes unmöglich erscheinen ließ, hypochondrische Klagen, Zittern des Körpers. Der Truppenarzt gab den Mann, ohne eine Diagnose zu stellen, wegen der ausgesprochenen Reizbarkeit als dienstunbrauchbar ein. Seitens des Generalkommandos wurde der Mann zu einer anderen Kompagnie (bei einem detachierten Bataillon des Regiments) versuchsweise versetzt. Diese Maßnahme deutete der Mann wahnhaft, glaubte sich allenthalben angegrinst, lief davon, machte einen Selbstmordversuch und bot nach der Festnahme das ausgesprochene Bild eines hebephrenen Erregungs- und Verwirrtheitszustandes dar. In diesem Falle bejahte ich die Frage der Dienstbeschädigung, weil sich das Jugendirresein unmittelbar an eine dienstliche Maßnahme (Versetzung) angeschlossen hatte und ich den Eindruck gewann, daß dieser Maßnahme auch tatsächlich eine gewisse ursächliche Bedeutung für das Manifestwerden der Dementia praecox zuzuschreiben war. Stier sagt bei Besprechung der erwähnten Arbeit von Mattauschek (in der deutsch. militärärztl. Zeitschr.), daß uns erst die Zukunft werde lehren müssen, ob und wieweit militärische Einflüsse für die Auslösung des Jugendirreseins zu beschuldigen sind. Ich weiß sehr wohl, daß die Ansichten der Militär- und Zivilpsychiater in der Frage der Dienstbeschädigung auseinandergehen.

[10]) S. 279.

Jeder Psychiater, der militärisches Material bearbeitet hat, wird ohne weiteres die von Schultze, Mönkemöller[11]) und zahlreichen anderen Autoren gemachte Beobachtung bestätigen müssen, daß den Krankheitsbildern, die beim Militär entstehen, sehr häufig etwas Verwaschenes und Unbestimmtes anhaftet; „das erklärt sich vielleicht dadurch, daß sie meist auf dem Boden der angeborenen schwächeren Anlage erwachsen und daß eben die Verquickung der chronischen Ausfallssymptome mit den akut hinzutretenden Erscheinungen das Gemisch gibt, das sie von den idealen Krankheitsbildern abhebt" (Mönkemöller) und infolgedessen eine exakte Diagnose kaum zuläßt.

Simon[12]) glaubt, den ganzen psychischen Schädlichkeiten des Militärlebens eine weitgehende Bedeutung zumessen zu müssen. „Wir müssen der Prädisposition im allgemeinen eine viel geringere, den im militärischen Leben und besonders im Eintritte in dasselbe liegenden Schädlichkeiten eine viel größere Bedeutung für die Entstehung der Militärpsychosen zuweisen, als es bisher geschehen ist." Mönkemöller bemerkt sehr richtig: „Dabei hat er aber nicht genügend betont, daß gerade in dieser Zeit auch im Zivilleben die Dementia praecox numerisch das Übergewicht hat."

Im Gegensatz zu Simon sind die meisten Autoren der Meinung, „daß dem Militärdienste in seiner ursächlichen Bedeutung nur eine sekundäre Rolle zukommt." Nach Sommer[13]) wäre „die Hälfte aller überhaupt psychisch erkrankten Soldaten voraussichtlich irre geworden, auch wenn sie nicht zum Militärdienst ausgehoben worden wäre" (Mönkemöller).

Benneckе fand bei mehr als der Hälfte seines Materials eine schwache oder mittelmäßige geistige Veranlagung und bei der Hälfte bereits für die Zeit vor dem Diensteintritt mehr oder weniger deutliche Krankheitserscheinungen. Auch

---

[11]) Mönkemöller: Die erworbenen Geistesstörungen des Soldatenstandes. Archiv f. Psychiatrie Band 50 Heft 1.

[12]) Simon: Ein Beitrag zur Kenntnis der Militärpsychosen. Jahresbericht der Bezirksirrenanstalt Saargemünde 1899, zitiert nach Mönkemöller.

[13]) Sommer: Beiträge zur Kenntnis der Militärpsychosen. Allgemeine Zeitschrift f. Psych. Band 43 (zit. nach Mönkemöller).

Stier[14]) machte die gleiche Beobachtung bezüglich Anfangssymptomen bezw. Entstehung der Geistesstörung.

Mönkemöller kam bei einem Material von 215 Soldaten, die von 1875 bis 1910 in die Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim aufgenommen worden waren, zu der Schlußfolgerung: „Bei der überwiegenden Menge waren aber die unverkennbaren Symptome der Psychose schon vor der Einstellung nachzuweisen, ohne daß man sehr häufig imstande war, eine scharfe Scheidung zwischen den beiden Symptomenkomplexen vorzunehmen.

Bei einer genauen Nachforschung wird zweifellos auch die bisherige Annahme, daß die Mehrzahl der akuten Psychosen in die ersten Monate des Dienstes fällt, einer Revision unterzogen werden müssen. Wohl ist es zu verstehen, daß die geistigen und körperlichen Strapazen des Dienstes imstande sind, das schleichende Tempo gerade der Psychosen des Entwicklungsalters in ein schnelleres Tempo zu versetzen und ihnen einen Anstrich zu verleihen, der sie der Erkennung zugänglich macht. Die Krankheit bricht in den ersten Dienstmonaten nicht aus, sie wird nur in ihnen endgültig erkannt. Gerade das Bestehen psychischer Symptome vorher, die Tatsache, daß vorher schon eine entschiedene Änderung im Gesamtverhalten eingetreten war, auch wenn man sich erst nachträglich darüber klar wurde, lassen mit voller Sicherheit erkennen, daß dem Militärdienst eben nur eine sekundäre Mitwirkung eingeräumt werden kann."

M. E. werden wir in Fällen, bei denen es uns durch weitgehende Ermittelungen nicht gelingt, das Bestehen des Jugendirreseins bezw. deutliche Vorläufer eines solchen bereits für die Zeit vor dem Diensteintritt nachzuweisen, eine Dienstbeschädigung überhaupt nur dann in Erwägung ziehen müssen, wenn ganz bestimmte, durch den militärischen Dienst bedingte Vorkommnisse oder Schädlichkeiten das Jugendirresein unmittelbar ausgelöst haben. Allgemeine Schädlichkeiten als Überanstrengungen, Witterungseinflüsse, die ganze Unruhe des Militärlebens, die geistige Anspannung usw. werden wir nie als Ursachen gelten lassen dürfen. Ich teile durchaus die Auffassung von Bleuler, der sagt: „Aus all dem geht unzweifel-

[14]) Stier: Über Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. Hamburg 1912 S. 10 (zit. nach Mönkemöller).

haft hervor, daß psychische Erlebnisse — natürlich fast immer unangenehmer Natur — schizophrene Symptome bewirken können. Es ist aber im höchsten Grade unwahrscheinlich, daß die Krankheit dadurch wirklich hervorgerufen wird." Wir werden eben zuweilen weniger nach streng wissenschaftlichen, noch dazu nicht einwandfrei festgelegten Grundsätzen, als vielmehr nach praktischen und wohl auch menschlich begreiflichen Gesichtspunkten handeln müssen.

Die verbleibenden sechs Fälle stimmen darin überein, daß es nicht gelang, psychisch verdächtige Erscheinungen bereits für das Zivilleben nachzuweisen und daß die Mannschaften auch vor dem Ausbruch der Dementia praecox bei der Truppe nicht nennenswert auffielen. In fünf Fällen wurde die Frage der Dienstbeschädigung abgelehnt. In dem sechsten Falle hatten sich bei einem Soldaten während einer fieberhaften Polyarthritis rheumatica Angst- „Tobsuchts-", Stuporzustände, Verwirrtheit, Katalepsie und Negativismus eingestellt. Der Mann wurde als dienstunbrauchbar mit Versorgung entlassen und in eine Irrenanstalt überführt, wo er 1 ¾ Jahre unter der Krankheitsbezeichnung „Katatonie" geführt wurde. Nach der Entlassung hatte er in beschränktem Maße seine Arbeit aufgenommen; er wurde der Station zur Feststellung seiner Rentenhöhe überwiesen.

Ganz allgemein möchte ich darauf aufmerksam machen, daß bei meinem Material nur in diesem einzigen Falle das Jugendirresein durch eine akute somatische Erkrankung ausgelöst wurde, während B e n n e c k e dieses bei mehreren Fällen beobachten konnte, bei zwei Fällen auch im Anschluß an einen akuten Gelenkrheumatismus.

Von Interesse scheint mir noch ein Fall dieser Gruppe.

Ein Mann war Oktober 1906 eingestellt worden. Seine Führung war gut, er selbst unauffällig. Etwa vier Monate nach dem Diensteintritt wurde er unruhig, zeigte ein gedrücktes Wesen, vernachlässigte sich im Dienste, weigerte sich, Befehle auszuführen, schlief unruhig, hatte ängstigende Träume, klagte über Kopfschmerzen, Ohrensausen, Depressionsgefühl usw. Er wurde im Lazarett seines Standortes beobachtet, sodann in einem größeren Lazarett (nicht fachärztlich); es wurde angenommen, daß alle diese Erscheinungen eine physiologische Reaktion auf die Entdeckung eines von ihm begangenen Kameradendiebstahls seien. Gegen diese Auffassung sind Bedenken durchaus am Platze; in der Krankengeschichte aus jener Zeit finden sich Beobachtungen verzeichnet, die für eine Psychose sprechen,

wahrscheinlich eine Hebephrenie. Es sei bemerkt, daß der Truppenarzt auch einen dahingehenden Verdacht ausgesprochen hatte. Da die akut hebephrenischen Erscheinungen rasch zurückgegangen waren, wurde er dienstfähig entlassen und versah auch 1 1/2 Jahre seinen Dienst weiter, anscheinend ohne psychisch aufzufallen. Drei Jahre nach seiner Dienstentlassung gelegentlich einer Übung fiel er sofort in den ersten Tagen durch verwirrte. unzusammenhängende Reden auf, äußerte Wahnideen absurder Art, zeigte Stereotypien, Verschrobenheiten, erschien völlig unzugänglich, grimassierte usw.

Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß ein Mann nach dem Überstehen einer hebephrenen Attacke 1 1/2 Jahre weiter seinen Militärdienst versieht, anscheinend ohne nennenswert aufzufallen. Ich habe diese Krankengeschichte deshalb ausführlich geschildert, weil hier mit dem vorhergehend geschilderten Fall des Unteroffiziers Ähnlichkeit besteht. In beiden Fällen bestand — wie angenommen werden muß — eine weitgehende Remission. Gerade derartige — sogar sehr weitgehende — Remissionen scheinen mir bei unseren militärischen Dementia-praecox-Kranken durchaus nicht selten zu sein. Ich erhalte häufig Kranke, die bei der Truppe und in dem Garnisonlazarett ihres Standortes eine ausgesprochene hebephrene oder katatone Attacke durchgemacht, dann aber so verhältnismäßig rasch sich gebessert haben, daß sie kaum noch nennenswerte Erscheinungen von Jugendirresein darbieten. Es scheint mir nicht unmöglich, daß einige vielleicht sogar noch weiter ihre Dienstpflicht erfüllen könnten. Es wäre wissenschaftlich von außerordentlichem Interesse und für uns Militärärzte von größter praktischer Bedeutung, wenn wir über diese Leute eine Katamnese erheben könnten. Ich glaube fast, daß die Entlassung vom Militär o h n e Versorgung für die leichten Fälle von Dementia praecox ein heilsamer Faktor ist. Erhalten sie eine Rente, so haben sie — noch mehr die Angehörigen — ein beträchtliches Interesse an der Krankheit; das beweist der entrüstete Protest, der fast regelmäßig gegen eine Herabsetzung der Rente erhoben wird. Erhalten sie keine Rente, so werden sie von den Angehörigen zur Arbeit mehr oder weniger nachdrücklich herangezogen und wir haben ja gerade bei der Dementia praecox den heilsamen Einfluß der Arbeitstherapie bei den Anstaltsinsassen kennen gelernt.

Beipflichten möchte ich B e n n e c k e darin, daß es auf Grund einer einmaligen Untersuchung beim Invalidenprüfungs-

geschäft nicht möglich ist, eine einwandfreie Entscheidung zu treffen.

Die polizeilichen Ermittelungen über Verhalten und Erwerbsfähigkeit werden stets nur einen zweifelhaften Wert besitzen und eine erneute Lazarettbeobachtung wird stets empfehlenswert sein.

Noch einige Worte den Remissionen. Ihr Vorkommen scheint mir noch wichtig in anderer Hinsicht. Bei Fällen, die vor dem Eintritt bereits schizophrene bezw. verdächtige Symptome gezeigt haben und erst beträchtliche Zeit — also Monate — nach dem Diensteintritt als dienstunbrauchbar zur Entlassung kommen, wird nicht ohne weiteres gefolgert werden können, daß grob sinnfällige Krankheitserscheinungen beim Militär notgedrungen übersehen worden sein müssen. Es sind eben Remissionen möglich und nicht selten (ich erinnere an den ausführlich geschilderten Fall des Unteroffiziers). Sicherlich würde aber in der Armee die Dementia praecox weit seltener vorkommen, wenn uns von den Angehörigen größere Unterstützung zuteil würde und wir unaufgefordert Kenntnis von psychisch auffälligen Erscheinungen vor der Dienstzeit erhielten. Leider geschieht dieses fast nie. Welche großen praktischen Konsequenzen und Schwierigkeiten sich bei den latenten Fällen von Schizophrenie ergeben können, hat Bleuler[15]) vorzüglich geschildert. Auf seine Arbeit sei besonders hingewiesen.

Eingehen möchte ich sodann auf diejenigen Vorkommnisse bezw. Krankheitserscheinungen, die den unmittelbaren Anlaß zur Aufnahme auf die Station gaben. Ich habe bereits im vorhergehenden allgemein erwähnt, daß bei zahlreichen Mannschaften Erscheinungen bestanden, die auf ein Jugendirresein teils vor, teils unmittelbar nach dem Diensteintritt hinwiesen. Wenn in diesen Fällen von der Truppe nicht sofort psychiatrische Beobachtung veranlaßt wurde, so erklärt sich dieses einerseits aus der militärisch bekannten Erfahrungstatsache, daß zahlreiche, psychisch nicht kranke Soldaten in der ersten Zeit nach dem Diensteintritt sich eigenartig verhalten, bis sie sich an das neue Leben gewöhnt haben, andererseits — wie zu-

[15]) Bleuler: Geisteskrankheit ohne forensische Konsequenzen und einige andere Grenzfälle. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin Band 44 1. Heft, Jahrgang 1912 3. Heft.

gegeben wird — aus dem noch nicht allgemein in Laienkreisen genügend bekannten, chamäleonartigen Krankheitsbilde der Dementia praecox.

Durch das Gericht — bezw. wegen militärischer Straftaten — wurden eingewiesen acht Mann. Die gerichtlichen Fälle werden im Zusammenhange später besprochen. Zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit ein weiterer Mann. Wegen auffälligen Verhaltens bei ihrem Truppenteil 14 Mann. Von diesen 14 Mann hatte einer einen — scheinbar ernstgemeinten — Selbstmordversuch gemacht; durch erregtes bezw. ängstlich erregtes oder weinerliches Verhalten waren aufgefallen fünf, durch Tobsuchtsanfälle einer, durch Erregungs- und ausgesprochenen Verwirrtheitszustand zwei, durch „Schwäche- und Ohnmachtsanfälle" einer; die verbleibenden vier Mann waren im allgemeinen aufgefallen durch ihre Unbelehrbarkeit, verschlossenes Wesen, ungebührliches Benehmen, Schmutzigkeit, lautes Lachen im Dienste, auffälliges Nachlassen im Dienste usw., kurz, durch Erscheinungen, die entweder die Disziplin gefährdeten oder aber eine Ausbildung des Mannes unmöglich machten.

Es bedarf eigentlich keiner weiteren Erwähnung, daß am frühzeitigsten die Mannschaften zur Einweisung gelangten, bei denen stürmische Erscheinungen bestanden, also das Jugendirresein durch heftige Erregungs-, Verwirrtheitszustände, einen Selbstmordversuch usw. sich offenbarte. Wesentlich ungünstiger waren die schleichend verlaufenden Fälle von Dementia praecox bezüglich Erkennung. Ich glaube aber, auch in dieser Hinsicht werden sich die Verhältnisse in Zukunft bessern, wenn erst die Kenntnis dieser Psychose weiter verbreitet sein wird.

Ich habe mich bemüht, die zur Einweisung gelangten Fälle in die von Kraepelin aufgestellten Unterabteilungen einzuteilen; demnach wären zuzurechnen der

Hebephrenie	12,
Katatonie	8,
der paranoiden Form	1.

Eine Mischform von Hebephrenie und Katatonie waren zwei Fälle. In seiner Arbeit über die Dementia praecox sagt Mattauschek: „Die Abgrenzung resp. Einreihung der Fälle nach den bekannten und üblichen Untergruppen machte erhebliche Schwierigkeiten. Es fand sich eine große Anzahl (46 unter

220 Fällen!), wo Krankengeschichten über mehrere Schübe vorlagen, die sich in den für die Gruppierung maßgebenden Symptomen so verändert darstellten, daß jeder einzelne Schub in eine andere Gruppe hätte eingereiht werden müssen." Berücksichtigt man ferner, daß beim Militär die Dementia-praecox-Kranken meist bereits viel früher in ärztliche Beobachtung kommen als im Zivilleben, also zu einer Zeit, in der das Krankheitsbild meist noch nicht so ausgebildet und abgeschlossen ist, ferner, daß die Diagnose gestellt werden mußte auf Grund einer stets nur wenige Wochen umfassenden Beobachtungszeit, so wird man es begreiflich finden, daß diese Einteilung in Unterformen nur Anspruch auf Wahrscheinlichkeit erheben kann. Eine Katamnese würde wahrscheinlich eine andere Gruppierung ergeben. Ich möchte auch hier das erfahrene Urteil von Mönkemöller zitieren: „Eine nachträgliche Revision der Diagnosen kommt am meisten den katatonischen Formen der Dementia praecox zugute. Gerade in dem Alter, in dem unsere Soldaten stehen, muß man sich aber daran erinnern, daß alle akuten Psychosen, die in dieses Lebensalter fallen, die Neigung zeigen, sich mit den verzerrten und verschrobenen Ausdrucksformen zu umkleiden, die den Psychosen in dieser Altersperiode eigentümlich sind. Bei einem günstigen Ausgange muß man, wie schon Bennecke warnend hervorhebt, doppelt vorsichtig in der rückhaltslosen Zuweisung zu dieser Psychose sein. Die Zahl der katatonischen Formen bleibt sowieso noch groß genug."

Als auffallend sei erwähnt, daß bei neun Mann deutliche Züge von jahrelang, zum Teil bereits in der Kindheit bestehendem Schwachsinn nachgewiesen werden konnten. Ich möchte nicht mit Sicherheit entscheiden, ob hier der Schwachsinn das Primäre ist oder aber erst infolge eines frühzeitig einsetzenden Jugendirreseins sich entwickelt hat. Ich neige mehr zu der Ansicht, daß es sich in der Mehrzahl der Fälle um Pfropfhebephrenien handelt, also um Dementia praecox auf dem Boden von Imbezillität.

Ich bin mir sehr wohl bewußt, daß der Einwand nahe liegt, ein Teil meiner Dementia-praecox-Fälle gehöre überhaupt gar nicht dem Jugendirresein an, sondern der Imbezillität. Tatsächlich ist die Differentialdiagnose zwischen beiden für uns

Militärärzte oft so außerordentlich schwierig, da wir es so vielfach mit leicht verlaufenden Fällen zu tun haben, mit Fällen, bei denen nach einem akut einsetzenden Erregungszustande rasche Beruhigung und scheinbare Wiederherstellung des seelischen Zustandes vor dem Anfall, also scheinbare geistige Gesundheit eintritt. Erschwerend kommt hinzu, daß wir Erscheinungen als Katalepsie, Echopraxie, Negativismus nur mit größter Vorsicht differentialdiagnostisch verwerten können. Ich habe diese Erscheinungen mehrfach bei Soldaten gefunden, die sicher nicht schizophren waren und möchte diese scheinbaren Katatonen-Zeichen auf unbeabsichtigt suggestiven Einfluß des Vorgesetzten zurückführen, als ein Produkt der militärischen Disziplin. Ich habe diese Erscheinungen erst dann als tatsächlich katatonische gelten lassen, wenn der betreffende Soldat trotz wiederholtem Befragen, warum er dieses alles tue und trotz ausdrücklicher Angabe, daß ich ihm doch nicht befehle, den Arm usw. so zu halten, trotzdem immer von neuem mir Bewegungen nachahmte usw.

Trotz der erwähnten Schwierigkeiten in der Diagnostizierung glaube ich doch, daß die vorstehenden Fälle tatsächlich dem Jugendirresein zuzuzählen sind. „Jedenfalls muß man, wenn man an der Diagnose festhalten will, darauf bestehen, daß im Verlaufe gegen früher eine deutliche Verschlechterung des psychischen Verhaltens festzustellen und daß das Zurückbleiben eines geistigen Schwächezustandes erkennbar ist." (M ö n k e m ö l l e r.)

Das Bestehen von Assoziationsstörungen sowie vor allem ein gewisser Zerfall der Persönlichkeit schien mir in den zweifelhaften Fällen stets nachweisbar, oft naturgemäß weniger auf Grund meiner eigenen Beobachtungen als vielmehr auf Grund der Wahrnehmungen von Vorgesetzten und Kameraden der Kompagnie. Der geistige Rückgang trat besonders dann in Erscheinung, wenn das betreffende Individuum zu beweisen hatte, daß es im Stande war, sich verschiedenartigen Lebenslagen und Lebensbedingungen einzuordnen und anzupassen. Ich gewann den Eindruck, daß es sich recht häufig um einfache demente Formen im ganzen Verlaufe handelte, wie es schon M a t t a u s c h e k beobachtet hatte. Interessant erschien es auch, daß häufig die Kameraden von ganz bizarren und absurden

Handlungen und Gewohnheiten meiner Kranken berichteten, von Verbigeration, Sperrungszuständen, plötzlichen, oft nur kurz dauernden Verwirrtheitszuständen und ähnlichem. Ich möchte ausdrücklich den Nutzen und die Unentbehrlichkeit guter Berichte der Kompagnien betonen. In zweifelhaften Fällen wird sogar oft der Bericht der Kompagnie für die Diagnose entscheidend sein können.

Zum Schluß möchte ich erwähnen, daß nur bei zwei Soldaten die Aufnahme in eine Irrenanstalt veranlaßt wurde. Die Übrigen konnten in die Heimat entlassen werden — meiner Überzeugung nach ohne Bedenken. Leider war es mir nicht möglich eine Katamnese über diese Mannschaften zu erheben. Von besonderem Interesse wäre es, zu erfahren, ob dieser oder jener Kranke später doch noch in eine Irrenanstalt überführt werden mußte.

Angeborene Schwachsinnsformen.

Bevor ich auf dieses Kapitel eingehe, seien mir einige Vorbemerkungen gestattet. In der Dienstanweisung war früher ausdrücklich von geistiger Beschränktheit die Rede, nicht von angeborenem Schwachsinn. Unter diesen Umständen scheint es mir notwendig zu der Differentialdiagnose zwischen geistiger Beschränktheit, als physiologischer Erscheinung und dem angeborenen Schwachsinn als pathologischer Erscheinung Stellung zu nehmen, umsomehr, da ich die Diagnose geistige Beschränktheit bei meinem Material überhaupt nicht gestellt habe. Ziehen zieht in seinem Lehrbuch eine scharfe Grenze zwischen beiden, schränkt seine Ausführungen allerdings sofort bei Beginn durch die Worte ein, daß „tatsächlich eine scharfe Grenze zwischen den beiden nicht existiert". Ziehen sagt weiter: „Sehr schwer wird die Diagnose besonders in denjenigen Fällen, in welchen die Erziehung sowohl in intellektueller wie in ethischer Beziehung mangelhaft gewesen ist (intellektuelle bezw. ethische Verkümmerung). Es erhebt sich dann die schwierige Frage, ob der intellektuelle und ethische Defekt krankhaft ist und mithin Debilität vorliegt oder ob der Defekt ausschließlich auf die mangelhafte Erziehung zurückzuführen ist. Im allgemeinen soll man die Diagnose nur dann auf Debilität stellen, wenn sich nachweisen läßt, daß trotz

zweckmäßiger Erziehungsversuche eine intellektuelle und ethische Entwicklung bis zur Durchschnittshöhe nicht stattgefunden hat, wenn somit feststeht, daß vermöge einer krankhaften Hirnorganisation das Individuum nicht fähig ist, intellektuelle und ethische Begriffe zu erwerben".

Ich möchte darauf hinweisen, daß es beim Militär wohl nur in seltenen Fällen möglich sein wird, einwandsfreie Angaben darüber zu erhalten, ob die Erziehung in ethischer und intellektueller Hinsicht mangelhaft oder gut war. Wir sind auf die Angaben des betreffenden Soldaten fast ausschließlich angewiesen und diese Angaben sind meist subjektiv stark gefärbt. Die Eltern können wir nur in seltenen Ausnahmefällen selbst sprechen; wir sind fast stets auf schriftliche Ermittelungen angewiesen, die auch noch dadurch an Wert einbüßen, daß einwandsfreie Zeugen bei der Länge der verstrichenen Zeit schwer zu Gebote stehen (ich erinnere an die Verhältnisse in größeren Städten) oder aber diese Zeugen (Lehrer, Geistliche usw.) nicht mehr hinreichende Erinnerung besitzen. Leicht beschränkte Soldaten tun ihren Dienst bei der Truppe, wenn auch nicht im ersten Gliede und kommen nach meiner Überzeugung überhaupt nur in Ausnahmefällen zur Beobachtung des Truppenarztes bezw. des Psychiaters. Die stärkeren Grade von Beschränktheit, also die Mannschaften, die bei der Truppe wirklich auffallen und zur Beobachtung gelangen, gehören bereits dem Gebiete der Imbezillität an. Eine scharfe Grenze ist eben — wie ja Ziehen ausdrücklich betont — nicht zu ziehen.

Ich will durchaus nicht in Abrede stellen, daß vielleicht dieser oder jener Fall meines Materials ebenso gut der Beschränktheit als der Debilität hätte zugerechnet werden können. Ich habe die Grenzen der Imbezillität (einschl. Debilität) weiter gezogen als z. B. Bennecke[16]), wenn ich auch selbstverständlich mit ihm dieselbe Auffassung über den Schwachsinn als solchen teile. Bennecke definiert seinen Standpunkt dahin: „Aus rein äußerlichen, zum Teil in der Art der militärischen Rapporterstattung liegenden Gründen pflege ich die einfache „geistige Beschränktheit" abzutrennen und bezeichne als

[16]) Bennecke: Die Art der Delikte bei den einzelnen krankhaften Geisteszuständen Heeresangehöriger. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten III. Band Heft 2 1908.

„Schwachsinn" diejenigen Fälle, wo mit einer zuweilen gar nicht sehr beträchtlichen Intelligenzschwäche sich andere Erscheinungen komplizieren, die außerdem besonders geeignet sind, Konflikte hervorzurufen: das wären namentlich Angstzustände, Reizbarkeit, das partielle oder vollständige Fehlen moralischer und ethischer Vorstellungskomplexe."

Unter der Krankheitsbezeichnung „angeborener Schwachsinn" kamen 20 Mann in Zuzug. Von diesen standen — siehe Tabelle — im ersten Dienstjahre 15 Mann; über die Hälfte kam noch während des ersten Halbjahres zur Beobachtung. Es ist sicherlich als großer Fortschritt mit Freude zu begrüßen, daß geistig schwerfällige, auffällige oder nicht zu fördernde Soldaten bereits eher dem Fachmann zugewiesen werden, als in früheren Zeiten. Das Verständnis der militärischen Gerichte und Truppenführer gerade für den Schwachsinn hat m. E. unzweifelhaft zugenommen. Zum großen Teil ist dieses zurückzuführen auf die durch die Truppenärzte in ihrem Offizierkorps zu haltenden Vorträge über psychische Grenzzustände, sowie auf die zahlreichen Veröffentlichungen über dieses Thema, gerade in militärischen Zeitschriften, Broschüren usw. Besonders sei auch hingewiesen auf das bekannte Buch von Becker: „Der angeborene Schwachsinn in seinen Beziehungen zum Militärdienst." [17])

Eine erbliche Belastung konnte bei 12 von 20 Soldaten nachgewiesen werden. Es waren hereditär belastet:

1. lediglich von väterlicher Seite sieben (stärkeres Potatorium bei vier, Epilepsie bei einem, Tuberkulose bei zwei),
2. lediglich von mütterlicher Seite drei (Psychose, Nervenleiden, Tuberkulose in je einem Fall),
3. von beiden Eltern her zwei (bei einem war der Vater nervenleidend und die Mutter litt an Krämpfen, bei dem zweiten waren beide Eltern arbeitsscheue Vagabunden).

Ich habe Tuberkulose der Eltern als erbliche Belastung hinzugerechnet, und zwar wegen der engen Beziehungen zwischen einer solchen der Eltern mit Psychosen der Deszendenz.

---

[17]) Bibliothek: v. Coler — v. Schjerning. Band XXVII Berlin 1910 Verlag Hirschfeld.

Die erbliche Belastung in den vorstehend erwähnten Fällen erscheint mir z. T. insofern recht schwer und für die Nachkommen schädigend, weil in sechs (von den zwölf) Fällen uns überdies von stärkeren psychischen Anomalien auch der Geschwister unserer Patienten berichtet wurde. Bei fünf war noch je eine Schwester bezw. ein Bruder auffällig (Suizid in zwei Fällen, Ohnmachtsanfälle, Krämpfe, Schwachsinn in je einem Fall); bei dem sechsten Soldaten war eine Schwester Epileptikerin und alle übrigen Geschwister „schwach begabt". Der Vater dieser Kinder war selbst Epileptiker. Bei drei scheint eine erbliche Belastung trotzdem vorhanden, wenn es mir auch nicht gelang, eine solche direkt nachzuweisen. Der erste dieser drei besaß noch eine schwachsinnige Schwester, der zweite einen geisteskranken Bruder, bei dem dritten wird sogar berichtet, daß eine Schwester taubstumm, ein Bruder Sittlichkeitsverbrecher und alle Geschwister schwachsinnig seien.

Wenn sich die Nachforschungen über Heredität, wie bei uns stets, auf schriftliche Erhebungen beschränken müssen, so kann es natürlich nur gelingen, Minimalzahlen zu erlangen. Wir sind völlig auf die Gutwilligkeit der Eltern angewiesen und ich bin überzeugt, daß in zahlreichen Fällen Psychosen, Alkoholismus usw. der Eltern uns verschwiegen werden. Sicherlich niemals werden wir Angaben über Syphilis der Eltern schriftlich erlangen können. Auch die schriftlichen Nachforschungen über die erworbenen Ursachen, z. B. Schädigungen des Kopfes des Kindes vor, während oder gleich nach der Geburt durch Fall, Stoß usw. scheinen mir aussichtslos. Über Kopftraumen im Kindesalter wird uns wohl bei jedem Menschen berichtet; diese Angaben scheinen mir aber nur dann von praktischem Wert, wenn wir durch mündliche Schilderung der Eltern feststellen können, welche psychischen Veränderungen nun das betreffende Individuum in der Zeit nach dem Trauma gezeigt hat.

Unehelich geboren sind zwei; von dem einen hatte die Mutter im ganzen sechs uneheliche Kinder und lebte in wilder Ehe. Die Mutter des anderen wird als „kränklich seit Jahren" bezeichnet.

Über die Entwicklung in frühster Kindheit war nur wenig zu ermitteln. Bei zwei Leuten wird die allgemeine geistige Entwickelung als „zurückgeblieben" bezeichnet, bei zweien er-

wähnt, daß sie „Kinderkrämpfe" hatten. Einer litt bis zum 21. Lebensjahre an Bettnässen. Verspätet gehen lernten zwei (im 6. und 7. Lebensjahre), und einer angeblich auch verspätet sprechen. Schwerere Schädelunfälle sollen drei erlitten haben; bei beiden sollen zerebrale Symptome damals bestanden haben.

Bei 19 (von den 20) geht aus den Berichten der Lehrer unzweifelhaft hervor, daß sie unter dem Durchschnitt standen. Die Leistungen werden bei allen 19 als minderwertig, kaum genügend, sehr mangelhaft usw. bezeichnet, die Knaben selbst als schwachsinnig, geistig nicht normal, äußerst schwach begabt, sehr beschränkt und ähnliches. Zahlreiche haben das Schulziel nicht entfernt erreicht, z. B. von der sieben- oder neunstufigen Schule nur die zweite oder dritte unterste Klasse bezw. Stufe.

In Fürsorgeerziehung hatten sich sechs befunden. Das Kapitel der Fürsorgeerziehung soll später noch besonders behandelt werden.

Ein Handwerk völlig erlernt hatte nur einer (Schneider); in der Lehre waren gescheitert vier (Bäcker, Schmied. Schlächter, Schneider). Sie hatten alle vorzeitig die Lehre beendet wie berichtet wird, stets wegen ungenügender geistiger Fähigkeiten. Ein gelernter Arbeiter findet sich gar nicht unter dem Rest, alle 15 waren Gelegenheitsarbeiter, Knechte, Arbeiter in Fabriken, Hafenarbeiter usw. Die letzterwähnten Leute hatten zum großen Teil so häufig ihre Arbeitsstätten gewechselt, daß nicht nachgeprüft werden konnte, ob sie tatsächlich ernstlich gearbeitet haben oder nur herumvagabondiert sind. Von mehreren wurde berichtet, daß sie ihre Arbeitsstelle einfach verlassen haben und davongelaufen sind.

Auf die torpide und erethische Form des Schwachsinns verteilt sich mein Material annähernd gleichmäßig, die torpide Form überwiegt unbedeutend. Von den Erscheinungen, die in den Berichten der Kompagnien usw. über die stumpfen Imbezillen hervorgehoben werden, seien erwähnt auffallende körperliche Unbeholfenheit, mangelhafte körperliche Veranlagung, „abnorme Eßgier", Mangel an Reinlichkeit und Ordnungsliebe, Unfähigkeit, sich die Arbeit einzuteilen und das Putzen der Sachen in der festgelegten Zeit zu erledigen, Versagen im Unterricht, unzulängliche Antworten, Unzugänglichkeit für Ermahnungen und Belehrungen, Dummheit, Vergeß-

lichkeit, stilles, zurückgezogenes, scheues Verhalten, Geistesabwesenheit, störrisches, schwer zu behandelndes Wesen usw. Bei den erethischen Individuen kehren naturgemäß zahlreiche der erwähnten Eigenschaften in den Berichten wieder, ferner: Hang zum Großtun, prahlerische, törichte Reden, leichte Erregbarkeit, vorlautes Wesen, heftige Reaktion auf Vorhaltungen und Tadel, Gewalttätigkeit gegen Kameraden, Versuche, „durch Witze und schnoddrige Bemerkungen zu imponieren", nächtliche Erregungszustände, stundenlanges Erzählen von Gespenster- und Spukgeschichten, „leichte Erregbarkeit der Phantasietätigkeit im Sinne des Schrecklichen und Schauerlichen" und ähnliches. Bekannt ist die große Neigung der Schwachsinnigen zu mehr oder weniger groben Verstößen gegen die Gesetze der militärischen Disziplin. Bei 15 Soldaten dieser Gruppe war ein schwebendes oder drohendes Gerichtsverfahren der mehr oder weniger unmittelbare Anlaß zur Einweisung. Von diesen waren zwei in Untersuchungshaft durch Erregungszustände akut auffällig geworden. Die fünf übrigen waren durch ihr Verhalten bei der Kompagnie aufgefallen, von diesen zwei durch Selbstmordversuche bezw. Selbstmordabsichten.

Lebensläufe zu schildern, möchte ich mir versagen, jedoch kurz wenigstens einen erwähnen.

Sch., Musketier, erstes Dienstjahr (vier Monate nach dem Diensteintritt zur Beobachtung gelangt).

Unehelich geboren; Mutter lebt in wilder Ehe, hat insgesamt sechs außereheliche Kinder. Vater soll Säufer sein und mehrfach an „Delirium" gelitten haben. Entwickelung angeblich ohne Besonderheiten. Schule viel geschwänzt, im Unterricht völlig teilnahmslos, trieb sich umher. Daher mit 12 3/4 Jahren in Fürsorgeerziehung; hier erregt, sehr schwach begabt; dann zu einem Schmiede in die Lehre, bestand nur auf besondere Verwendung des Lehrherrn die Prüfung, wurde aber statt Schmied, Knecht. Führung sehr schlecht, kam wieder in Fürsorgeanstalt. Aus dieser bald davongelaufen, war arbeitsscheu, führte ein liederliches Leben. Wieder in Fürsorgeanstalt. In allen Urteilen kehrt wieder: „beschränkt". Aus allen Dienststellen als „nicht geeignet" entlassen und fast stets wieder der Anstalt übergeben. Oktober 1911 Diensteintritt. Von Anfang an „sehr beschränkt", war willig, kam aber nicht vorwärts. Einmal Selbstmordversuch (wollte aus dem Fenster springen, trank Terpentinöl, das er für starkes Gift hielt). Ekelhafte Angewohnheiten (kaute fortgeworfene Zigarrenstummel). Auf Station anfangs scheu, unfähig zu zeitlich bestimmten Angaben, außerstande, eine zusammenhängende Darstellung zu geben. Sehr leicht einzuschüchtern, dann verwirrt

und völlig unfähig zu einer auch nur einigermaßen verständigen Antwort. Leicht weinerlich; dann stundenlanges affektloses Greinen, ohne jegliche Beeinflußbarkeit. Verhalten stumpf, teilnahmslos. Sitzt zwecklos, untätig umher. Allmählich kindlich-zutraulicher. In seinen Gesprächen mit den übrigen Kranken höchst schwerfällig, unbeholfen, unfähig zu einem zusammenhängenden Gedankengange. Sprache stotternd; Stimme monoton, der Modulation entbehrend. Zeitweise Muskelzittern, von den Kopfnickern bis zu den Schläfen verlaufend.

Nervensystem: in Endstellungen leichter Nystagmus (der linke Augapfel zeigt bereits Nystagmus beim Blick geradeaus); Pupillen verzogen. Zäpfchen weicht Spur nach links ab. Würg-, Hornhautreflex herabgesetzt. Zunge weicht nach links ab, bebt im Gewebe. Patellar-Sehnenreflex beiderseits leicht gesteigert, anfangs Patellarklonus. Tremor der Finger, verstärkt bei Intentionsbewegungen. Dermographie. Während der Untersuchung beim Stehen Zittern des ganzen Körpers. Fachärztliche Augenuntersuchung (St.-A. Dr. M o h r): Pupille stark verwischte Grenzen, keine Stauungserscheinungen. Fachärztliche Ohrenuntersuchung (St.-A. Dr. G r u n e r): Bei Baranyschem Versuche übermäßig starke Vorhofsreaktion (Vestibularreaktion) besonders links. Erhöhter Reizzustand des Vasomotorenzentrums.

Diagnose: Imbezillität mit degenerativen Charakteranlagen (multiple Sklerose?).

Ich habe bereits erwähnt, daß 15 (von den 20) Soldaten dieser Gruppe noch während des ersten Dienstjahres zur fachärztlichen Beobachtung kamen. Von den fünf verbleibenden Soldaten standen zwei im zweiten Dienstjahre, der dritte stand — infolge verbüßter Gefängnisstrafe — im dritten Dienstjahre, der vierte und fünfte waren Arbeitssoldaten.

Ich habe gelegentlich einer Untersuchung ehemaliger Fürsorgezöglinge im Festungsgefängnis auf den großen Wert graphisch dargestellter Lebensläufe hingewiesen. Ich glaube, daß der graphisch dargestellte Lebenslauf Bedenken über die Eignung zum Militärdienste, sogar über die geistige Gesundheit der betreffenden Individuen wohl jedem erwecken wird. Ich gebe ohne weiteres zu, daß alle fünf im Interesse des Heeres bereits frühzeitiger hätten erkannt werden müssen und wohl auch als dienstunbrauchbar eher hätten erkannt werden können.

Ich bringe zunächst zwei Lebensläufe von Soldaten des zweiten Dienstjahres, sowie den des Mannes im dritten Dienstjahre, die schon allein dadurch auffällig sind, daß sie alle drei im Zivilleben unbestraft waren, während ihr Militärleben eine Kette ständiger Verstöße gegen die Disziplin darstellt. Im

Lebenslauf 3 ist besonders deutlich die Unbeeinflußbarkeit durch Strafen. M. ist 1910 nicht etwa aus der Untersuchungshaft ausgebrochen, sondern war vorläufig auf freien Fuß gesetzt; im Jahre 1912 hatte er eine Gefängnisstrafe verbüßt und war zur Truppe entlassen, mit dem Erfolg, daß er sofort wieder nach wenigen Tagen davonlief, im Juni 1912 sogar in wenigen Tagen zweimal. Es sei erwähnt, daß sich die lange Gefängnisstrafe durch Einbrüche, Diebstähle erklärt, die M. während der Flucht begangen hatte.

Gleiches Interesse verdienen die Lebensläufe der beiden Arbeitssoldaten, die ich gleichfalls graphisch dargestellt habe.

Das ganze militärische Leben des Arbeitssoldaten Wi. (siehe Lebenslauf 4) stellt einen fast ständigen Verstoß gegen die militärische Unterordnung und Ordnung dar. Innerhalb der ersten drei Vierteljahre wurde er viermal mit Arrest bestraft (meist wegen Unfolgsamkeit) und siebenmal mit Strafrapporten usw. Im Oktober 1910 wurde er wegen Fahnenflucht zu sieben Monaten, eine Woche Gefängnis verurteilt. Im Gefängnis wurde er gleichfalls häufig bestraft, im ganzen vierzehnmal. Nach Verbüßung der Strafe zur Arbeiterabteilung versetzt (25. Juni 1911), wurde er in sechs Monaten zehnmal mit strengem Arrest bestraft wegen Unfolgsamkeit, Unverschämtheit gegenüber Vorgesetzten usw. Im November 1911 beging er eine Achtungsverletzung und Gehorsamsverweigerung vor versammelter Mannschaft. Bei seiner Vernehmung gab er an, er habe ein schwaches Gedächtnis und kaum wesentliche Schulbildung genossen. In der Hauptverhandlung wurden Bekundungen gemacht, die keinen Zweifel an dem Schwachsinn des Wi. lassen. Ein Sergeant bekundet, Wi. habe das Bestreben gehabt, seinen Vorgesetzten entgegenzuarbeiten und gehorche nur mit größtem Widerwillen und auf strenge Befehle. Derselbe Sergeant bezeichnet Wi. als „sehr beschränkt" und bekundet wörtlich: „Wenn ich ihm jetzt etwas erzähle, dann weiß er es nach ein paar Minuten nicht mehr. Er kann weder schreiben noch lesen, und auch nicht so die Befehle verstehen wie wir." Ein Arbeitssoldat bekundet: „ich war schlauer von sieben Jahren" und ferner: „er kann es nicht fassen, was wir ihm erzählen".

Der zweite Arbeitssoldat (graphischer Lebenslauf 5) war in der Schule nur bis zu der drittuntersten von sieben Klassen gelangt, hatte sodann in verschiedenen Betrieben gearbeitet, war aber stets entlassen worden, da er nur „lauter Blödsinn treibe". Vom vierzehnten bis vollendeten achtzehnten Lebensjahre wurde er dreimal gerichtlich bestraft und kam sodann in Fürsorgeerziehung. In dem Gerichtsbeschluß ist unter anderem erwähnt, daß er nach ärztlichem, ausführlichem Gutachten an mangelhafter Entwickelung sämtlicher Geistesfähigkeiten leidet, „ein Zustand, welchen der Arzt als angeborenen Schwachsinn bezeichnet habe". In der Fürsorgeanstalt gilt er als

geistig nicht normal (schwachsinnig), zeichnet sich jedoch durch seinen Eifer, seinen Fleiß, seinen guten Willen aus. Nach der Entlassung völlig außerstande, sich im Leben zu halten, befindet er sich vorzugsweise im Gefängnis und Arbeitshaus, ohne daß diese Strafen imstande sind, beeinflussend auf seine Lebensführung einzuwirken und ihn zu bessern. Seine aktive Dienstzeit stellt gleichfalls ein völliges Versagen dar, denn drei Gefängnis- und fünfzehn strenge Arreststrafen bleiben ohne den geringsten Einfluß auf sein Verhalten, wie seine erneute Straffälligkeit zeigt. Es erscheint sonderbar, wie es möglich ist, daß ein Mensch bei der Truppe und im Gefängnis nicht durch seine Beschränktheit aufgefallen sein soll, der vor seinem Diensteintritt von Ärzten und Pädagogen als schwachsinnig bezeichnet wurde, der seine geistige Unzulänglichkeit durch ständige Konflikte mit den Strafgesetzen im Zivil- und Militärleben bewiesen hat. Tatsächlich sind psychiatrisch wichtige Beobachtungen im Festungsgefängnis gemacht worden; er wird in den Berichten als verwahrlost, ohne Selbstbeherrschung, von großer Gleichgültigkeit bezeichnet, seine Abneigung gegen eine geregelte Tätigkeit und ein geregeltes Leben hervorgehoben.

Bei beiden bestand ein angeborener Schwachsinn hohen Grades, der ihre strafrechtliche Verantwortung nach meiner Auffassung ausschloß.

Sicherlich gelangt zur Aufnahme in eine Arbeiterabteilung noch mancher schwachsinnige Soldat. Es wird dieses sich nie verhindern lassen, selbst nicht bei der allergrößten Sichtung des Materials. Fälle, wie die vorstehend geschilderten, stellen jedoch stets eine seltene Ausnahme dar. Es ist seitens der Medizinal-Abteilung weitgehende Vorsorge getroffen, um gerade aus den kriminellen Soldaten die geistig defekten Elemente rechtzeitig auszusondern. Der Truppenarzt muß vor der Überführung eines Mannes seines Bataillons in ein Militärgefängnis ein Zeugnis ausstellen, daß der betreffende Soldat von ihm auf Grund seiner Untersuchung frei von nachweisbaren körperlichen und geistigen Krankheiten und Krankheitsanlagen befunden worden ist. Allerdings wäre es wünschenswert, daß vor dieser Untersuchung dem Truppenarzt r e g e l m ä ß i g die gesamten Akten zur Kenntnis zugingen, eine Maßnahme, die sich leider aus praktischen Gründen nicht immer durchführen läßt. Sehr zweckmäßig ist es mir erschienen, daß Truppenteile einen kriminellen Soldaten vor Abführung in Untersuchungshaft durch den zuständigen Truppenarzt untersuchen lassen unter gleichzeitiger Übersendung aller Vorgänge usw. Häufig — wenigstens in der

Garnison Posen — hat der Truppenarzt schon bei dieser Gelegenheit die fachärztliche Beobachtung gefordert. An den Festungsgefängnissen werden die Arztstellen vorzugsweise mit psychiatrisch vorgebildeten Sanitätsoffizieren besetzt, denen es — wie ich aus eigener Erfahrung sagen kann — gelingt, zahlreiche, geistig für den Heeresdienst unbrauchbare Elemente auszusondern. Diese Aufgabe wird ihm erleichtert durch die Zustellung des gesamten Aktenmaterials und den engen Konnex mit den Offizieren, Unteroffizieren und Insassen des Festungsgefängnisses. Durch weitgehende Revisionen, durch Abhalten des Revierdienstes usw. lernt er jeden zu längerer Gefängnisstrafe verurteilten Soldaten ziemlich genau kennen. Vor der Versetzung eines Soldaten in die Arbeiter-Abteilung erfolgt nochmals durch den Gefängnisarzt eine besondere Untersuchung, bei der bestimmungsgemäß der Geisteszustand besondere Beobachtung zu erfahren hat. Schließlich sei auch noch darauf hingewiesen, daß in den meisten Garnisonen, in denen sich Arbeiter-Abteilungen befinden, z. B. Königsberg, Magdeburg, Koblenz usw., psychiatrisch vorgebildete Sanitätsoffiziere stehen, denen geistig auffällige Soldaten zur Beobachtung zugewiesen werden.

Bei diesen so umfassenden vorsorgenden Maßnahmen ist eine weitgehende Erkennung krankhafter Geisteszustände gewährleistet. In erster Linie wird es jedoch stets Aufgabe der Truppenführer sein, die geistig auffälligen oder nicht normalen Soldaten herauszufinden und diese dem Fachmann zur Beobachtung zuzuweisen. Für diese Aufgabe und deren praktische Erfüllung besteht in militärischem Kreise ein erfreulich wachsendes Verständnis. Wie sich dieses Ziel noch weiter vervollkommen läßt, ist von militärärztlicher Seite in praktischen Vorschlägen eingehend erörtert worden; ich möchte hier nicht weiter auf diese eingehen.

Es war mein Wunsch, die angeborenen Schwachsinnsformen in verschiedene Gruppen zu teilen. Von vornherein war zu berücksichtigen, daß die hohen Grade der Imbezillität, die also der Idiotie sich bereits nähern, beim Militär überhaupt nicht bezw. nur in ganz seltenen Fällen vorkommen, weil diese Individuen bereits bei der Musterung, Aushebung oder aber spätestens sofort bei der Einstellung vom Truppenarzt erkannt und ausgesondert werden. Die beim Militär vorkommenden hohen

Grade von Imbezillität entsprechen mithin durchaus noch nicht den hohen Graden der Zivilstatistiken. Ich habe aus diesem Grunde auch bei meinem Material nur von „beträchtlichem Schwachsinn" gesprochen, da mir dieser Ausdruck milder erschien.

Meine Einteilung entspringt — wie ich ohne weiteres zugebe — weniger wissenschaftlichen als praktischen Gesichtspunkten.

1. Leichte Formen (Debilität), d. h. Fälle, bei denen Zweifel an der Dienstfähigkeit noch bestehen können.
2. Schwachsinn mäßigen Grades, d. h. Fälle, bei denen die Dienstfähigkeit zweifelsfrei ausgeschlossen ist, jedoch die strafrechtliche Verantwortlichkeit noch nicht ohne weiteres aufgehoben ist.
3. Schwachsinn beträchtlichen Grades, d. h. Fälle, bei denen auch die strafrechtliche Verantwortlichkeit ohne weiteres und grundsätzlich aufgehoben erscheint.

Auf das Thema strafrechtliche Verantwortlichkeit der Imbezillen komme ich noch später zurück. Die Berechtigung meiner Einteilung wird dann — wie ich hoffe — deutlicher werden. Nur soviel sei ausdrücklich bereits hier betont, daß die Prüfung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit selbstverständlich von Fall zu Fall unter eingehender Würdigung der psycho-pathologischen Momente zu erfolgen hat.

Es gehörten an: der Gruppe 1 fünf Soldaten (zwei von diesen wurden als versuchsweise dienstfähig entlassen und sind auch dienstfähig geblieben),

Gruppe 2 sieben Soldaten,

Gruppe 3 acht Soldaten.

Die letzterwähnten 15 Mann wurden sämtlich als dienstunbrauchbar entlassen, natürlich ohne Versorgung.

Ich glaube, daß die vorstehenden kurzen Angaben, vor allem die graphisch dargestellten Lebensläufe es ohne weiteres verständlich machen werden, daß gerade den Schwachsinnigen seit Jahren die besondere Aufmerksamkeit der Militärpsychiater gewidmet ist. In dem Kapitel „Kriminalität" werde ich noch näher darlegen können, wie sehr gerade die Schwachsinnigen zu Verstößen gegen die militärischen Strafgesetze neigen.

Epilepsie.

Die genuine Epilepsie hat in den letzten Jahren zahlreiche Forscher beschäftigt, und auf der Tagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Hamburg 1912 haben Redlich und Binswanger, zwei anerkannte Autoritäten gerade in der Epilepsieforschung, Referate über: „Die klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie" erstattet.[18])

Die Durchsicht dieser Referate läßt die so abweichenden Ansichten der verschiedenen Autoren erkennen. Binswanger versteht unter genuiner Epilepsie jene Fälle chronischer Epilepsie, welche nicht durch materielle Hirnerkrankungen verursacht sind. Er setzt für diese echte, genuine Epilepsie eine angeborene, epileptische Konstitution voraus und trennt infolgedessen von ihr die organische, die toxische, die syphilitische und die senile Epilepsie ab. Auch die Jahresversammlung des Vereins deutscher Psychiater in Frankfurt a. M. 1907 hatte sich bereits mit der Epilepsie befaßt, und zwar hatten Alzheimer[19]) und Vogt[20]) über „Die klinische Gruppierung der Epilepsie" Referate erstattet. Alzheimer unterschied: „1. eine Gruppe von Epilepsie mit noch unklarer Ätiologie, die den größten Teil dessen umfaßt, was man als genuine Epilepsie bezeichnet und die etwa 60% der untersuchten Gehirne ausmacht. Anatomisch ist sie gekennzeichnet durch sklerotische Veränderungen des Ammonshorn oder durch Randgliose der Hemisphären, auch noch durch Veränderungen, die dem Status epilepticus entsprechen, bei Fällen, die in einem solchen zugrunde gegangen sind. Zu den anatomisch bedingten Fällen gehört noch eine kleinere, 4% der Fälle umfassende Gruppe mit einem Krankheitsprozeß, den man als atrophische Sklerose bezeichnen kann." [21])

Diesen Fällen stellt er unter 2 die durch Alkohol, Blei erzeugten Gruppen gegenüber, unter 3 die Fälle von Epilepsie bei Allgemeinerkrankungen, z. B. Syphilis, Arteriosklerose, unter 4 die Epilepsie, welche in Beziehung zu Herderkrankungen des

---

[18]) Erschienen 1913. Verlag Karger, Berlin.

[19]) [20]) Referat in der Allgem. Zeitschrift für Psych. Bd. 64 S. 418; siehe auch das Referat von Redlich (bereits erwähnt).

[21]) Zitiert nach Redlich Seite 7 bis 8.

Gehirns steht, und schließlich unter 5 eine Epilepsie, welche neben Entwicklungsstörungen des Gehirns auftritt.

Ich möchte in diesem Kapitel nur auf die genuine Epilepsie eingehen, die gekennzeichnet ist durch den „chronischen Verlauf und die dauernde Veränderung der psychischen Persönlichkeit oder wenigstens die Tendenz zu derselben" (Redlich).[22] Nicht in dieses Kapitel hinein gehört mithin erstens die akute Epilepsie von Féré und Jolly, bei der „es sich meist um bis dahin von epileptischen Anfällen verschont gebliebene Individuen" handelt, „wo in einem umschriebenen Zeitraum gehäufte epileptische oder epileptiforme Anfälle auftreten, selbst in Form des Status epilepticus".[23] Gleichfalls nicht in diesem Kapitel zu behandeln sind diejenigen Fälle, bei denen vereinzelte Anfälle auftreten. „Man hat gewisse, hierhergehörige Fälle nach bestimmten Merkmalen zusammengefaßt und sie als psychasthenische Krämpfe (Oppenheim), affektepileptische Anfälle der Neuro- und Psychopathen (Bratz), Paralepsy oder Psychalepsy (Dana), Epilepsie psychasthenique (Lépine) usw. bezeichnet."[24]

Fragen wir nach den ätiologischen Faktoren der genuinen Epilepsie, so würde als angeborene Prädisposition zunächst die hereditäre Veranlagung zu erörtern sein. Es ist unbedenklich Redlich zuzustimmen, wenn er die Ansicht mehrerer Forscher ablehnt, für die nur jene Epilepsie eine genuine ist, „die sich auf hereditärer Grundlage entwickelt". Die Disposition für die Epilepsie ist eben „eine unbekannte Größe".

Von meinem Material waren möglicherweise erblich belastet:

1. durch den Erzeuger vier (je einer durch Geisteskrankheit, Nervosität, Potatorium, Epilepsie des Vaters);
2. durch die Mutter zwei (je einer durch Nervenkrankheit und Epilepsie);
3. durch beide Eltern einer (beide Eltern Potatorium, Krämpfe und Tod durch Suizid).

Von den elf Mann besaßen

---

[22] Redlich, S. 6.
[23] Redlich, S. 92.
[24] Redlich, S. 93.

a) schwachsinnige Geschwister einer (Vater seit langen Jahren geisteskrank),
b) epileptische Geschwister vier (je einer Vater Potatorium, Mutter epileptisch, sodann der Mann unter 3, schließlich ein Mann, dessen Eltern angeblich gesund sein sollen,
c) geisteskranke Geschwister einer (Vater nervenleidend).

Ich habe absichtlich gesagt, daß die sieben (von den elf Mann) nur „möglicherweise" erblich belastet waren, denn ich vermochte nicht einwandsfrei festzustellen, ob die genannten belastenden Momente der Eltern auch schon vor der Geburt des betreffenden Individuums bestanden. Direkte und gleichartige Vererbung, d. h. Vorkommen von Epilepsie (bezw. von vorübergehenden epileptischen Krampfanfällen) bestand bei dreien. Eine Geschwister-Epilepsie lag bei vier Mann vor. Ich möchte im übrigen auf die außerordentlich interessante Zusammenstellung von Redlich über das Kapitel Epilepsie bei Eltern und Kindern, auf die Erfahrungstatsache, daß gerade die Nachkommenschaft der Epileptiker oft auch an Epilepsie erkrankt, hinweisen.

Ein weiteres ätiologisches Moment der Epilepsie sind Schädeltraumen. Die Wichtigkeit der Frage, ob es eine rein traumatische Epilepsie gibt, gerade für das Militärleben, bedarf keiner weiteren Erklärung. Auf die Geburtstraumen möchte ich nicht eingehen, da die Angaben der Eltern über diesen Punkt bei lediglich schriftlichen Nachforschungen mir doch zu unsicher zu sein scheinen. In Frage kommen lediglich Schädeltraumen nach der Geburt. Allgemein bekannt sind die Jackson-Anfälle, bei denen durch ein Schädeltrauma Verletzungen der Schädelknochen, der Meningen, besonders aber des Gehirns bedingt sind. Diese Reflexepilepsie scheidet aus und es fragt sich lediglich, ob eine chronische Epilepsie durch einen Schädelunfall bedingt sein kann, „ohne daß grob anatomische Veränderungen des Gehirns vorliegen oder sich im klinischen Bilde dokumentieren". [25]) Skepsis ist sicher am Platze, wenn man das „bekannte, etwas kurzschlüssige Kausalitätsbedürfnis des Publikums" berücksichtigt. Namhafte Forscher bejahen das

[25]) Zitiert nach Redlich.

Vorkommen einer traumatischen genuinen Epilepsie, so Binswanger, Turner, Echeverria, Bergmann, Wildermuth, Finkh, Wolffenstein, Biro, Siebold, Braun-Lewandowski, Mendel jun. Diese Autoren berechnen zum Teil recht beträchtliche Prozentzahlen für das Vorkommen derartiger traumatischer Epilepsien (4,2 bis 17,6%, Biro sogar 21%). „Am schärfsten aber haben sich die Chirurgen resp. Neurologen mit chirurgischer Erfahrung für den Bestand und die Häufigkeit einer traumatisch bedingten genuinen Epilepsie ausgesprochen. Ich nenne z. B. Kümmel, Friedrich, der direkt von einer traumatogenen genuinen Epilepsie spricht und sie für relativ häufig erklärt, Auerbach, Tilmann u. a. Sie berufen sich insbesondere darauf, daß selbst dort, wo der klinische Befund nichts für eine traumatische Ätiologie ergibt, die Operation Verhältnisse aufdecken kann, die eine solche erweisen, z. B. traumatische Zysten, Narben in der Haut, den Schädelknochen, traumatische Residuen an den Meningen, im Großhirn usw. Hier sei unter anderem nur hervorgehoben, daß Tilmann angibt, die Epilepsie nach Traumen entwickele sich am schnellsten dort, wo bei Läsion der motorischen Region die Hirnrinde verletzt und mit der Pia verwachsen sei." [26])

Tilmann[27]) hat sogar in 33,9% der von ihm operierten Fälle von Epilepsie Knochenveränderungen gefunden. So mancher Fall von Epilepsie, bei dem keine gröberen Verletzungen oder Veränderungen vermutet werden, wird bei der Sektion oder Operation doch solche zeigen. Jedoch: „ außer einer Epilepsie bei groben Schädel- und Hirnverletzungen gibt es auch eine traumatische Epilepsie ohne solche", wie Redlich sagt. Allerdings bezweifelt er — und m. E. durchaus mit Recht —, daß es eine traumatische Epilepsie ohne feinere Veränderungen des Gehirns gibt.

Von meinem Material scheint mir ein Fall sicher zur traumatischen Epilepsie zu gehören.

Es handelt sich um einen Mann, der von einem geisteskranken Vater abstammt und mehrere Geschwister besitzt, die als schwachsinnig geschildert werden. Keine Zahnkrämpfe. Normale Entwicke-

---

[26]) Siehe Redlich, S. 32 bis 33.

[27]) Tilmann: Die chirurgische Behandlung der Epilepsie. Münchener medizinische Wochenschrift 1912 59. Jahrg. N. 49.

lung. Mit vier Jahren Sturz in einen Keller. Dabei bewußtlos und ein halbes Jahr in ärztlicher Behandlung. Seitdem den Eltern verändert erschienen. Immer traurig, wenig gesprochen. Häufig „Ohnmachtsanfälle". Gute geistige Leistungen in Schule und Beruf (Schreiber); von den Arbeitgebern als „fleißig" geschildert, sowie von guter Führung. Häufig „traurig und verstimmt"; zeitweilig auffallend „müde und lasch". Dasselbe Bild auch beim Militär; zuweilen Zustände völliger Teilnahmlosigkeit. Häufige Klagen über Kopfschmerzen. Unmittelbarer Anlaß zur Aufnahme: erschien völlig teilnamslos, hatte einen leeren Gesichtsausdruck, hatte die Augen hartnäckig zu Boden geschlagen und antwortete immer nur auf Fragen mit tonloser Stimme: „ich weiß nicht". Klagte über quälende Kopfschmerzen. Nach drei bis vier Tagen völlig frei. Nach eigener glaubwürdiger Schilderung, wenigstens seit dem elften Lebensjahre Kopfschmerzen; diese zeitweilig überaus quälend („als wenn der Kopf mir platzen will und die Augen mir aus dem Kopfe rauskommen") und vorzugsweise in der Narbengegend. Häufig Schwindelanfälle, zuweilen Absenzen, mehrfach im Leben plötzliche, grundlose Verstimmungszustände mit Lebensüberdruß. Grausige ängstigende Träume. Reizbarkeit, Intoleranz gegen Alkohol. Etwas schwerfälliger Gedankenablauf. In der linken Stirn-Schläfengegend große Knochennarbe. Mitbeteiligung der Dura wahrscheinlich. Nervensystem zeigt deutliche Reizerscheinungen.

In zwei weiteren Fällen (der eine wird später geschildert) erschien mir ein Zusammenhang zwischen Schädelunfall während der Schuljahre und der späteren Epilepsie zum mindesten wahrscheinlich. Ich vermochte leider jedoch nicht mit Sicherheit nachzuweisen, ob in der Zeit unmittelbar nach dem Unfall bereits die späteren epileptischen Anfälle und psychischen Eigenschaften aufgetreten sind.

Ein vierter Fall sei erwähnt; ich bin nicht recht überzeugt, daß hier eine traumatische Epilepsie vorliegt, wohl aber könnte man daran denken.

Im Alter von zwei Jahren wurde der Betreffende von einem Pfau in die Schläfe gehackt, „Er bekam einen großen Schreck, erkrankte an schreckhaften Zusammenzuckungen, aus denen sich später Krämpfe entwickelten, die bis an das fünfte Lebensjahr andauerten." Später traten dann mehrfach Absenzen auf, planlose Handlungen, nächtliche Erregungszustände, Schwindelanfälle. Dieser Mann zeigte in seinem Wesen und Charakter ausgesprochen die epileptische Veränderung der Psyche.

Wichtige Dienste für den Nachweis einer traumatischen Epilepsie kann uns die Röntgenuntersuchung des Schädels geben. Leider ist es verabsäumt worden, die vorstehenden

Fälle zu röntgen. Tilmann weist jedoch ausdrücklich darauf hin, daß das Röntgenbild mit Vorsicht zu verwenden ist; zu warnen sei vor vermeintlichen Unregelmäßigkeiten auf der Schädelhöhe, wo die Pacchionischen Granulationen häufig Hohlräume und Knochendefekte erzeugen, denen man dann größere Bedeutung beimißt, als sie verdienen". Wie begründet diese Warnung ist, zeigt der von Wagner[28]) veröffentlichte Fall in höchst instruktiver Weise.

Tilmann befürwortet eine vermehrte Probetrepanation bei Epilepsie als einen ungefährlichen Eingriff von fast 0% Mortalität. Für uns Militärärzte wird eine gewisse Zurückhaltung notwendig sein. Eine Probetrepanation, wie sie Tilmann vorschlägt, werden unsere Militärchirurgen in Friedenszeiten wohl stets ablehnen, ja ablehnen müssen.

Das Kapitel traumatische Epilepsie hat die Chirurgen in den letzten Jahren ja viel beschäftigt. Mathiae[29]) hat über die Resultate von 326 Operationen bei traumatischer Epilepsie berichtet, von denen 60 von allgemeinem, 266 von Jacksonschem Typus waren. Heilung oder erhebliche Besserung wurde in 29,5% erzielt; ungünstig war das Ergebnis bei 24,7%; über den Erfolg des Restes ist nichts bekannt. Die Erfolge waren im dritten Lebensjahrzehnt am günstigsten; die Dauer der Latenzzeit zwischen der Verletzung und dem Ausbruch der Krankheit spielte für die Prognose keine Rolle. Die Besserung trat zuweilen erst längere Zeit nach der Operation auf. Mathiae befürwortet die Operation bei allen schweren Fällen von Epilepsie dringend. Er rät, frische Schädelverletzungen operativ zu behandeln, wenn ein komplizierter Knochenbruch im Bereich des behaarten Kopfes, sehr ausgedehnte Hirnverletzung oder eine Impression über den Zentralwindungen vorliegen. Die Ätiologie des Kopftraumas bei der Epilepsie wird auch von anderen Autoren als Indikation der Operation aufgefaßt, so von Auerbach und Nast-Kolb. Letzterer stellt drei Punkte als wesentlich hin: 1. Kopftrauma, 2. Jack-

---

[28]) Wagner: Epilepsie und Unfall — ein Fall von Täuschung. Medizin. Klinik 1912 Nr. 48.

[29]) Mathiae, Kurt: Über die traumatische Epilepsie und ihre chirurgische Behandlung. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 123 Heft 5 und 6.

sonscher Typus, 3. Erfolglosigkeit der medikamentösen Behandlung.

Besonders beachtenswert scheint mir auch die Arbeit des japanischen Oberstabsarztes Dr. Tatsuo Eguchi.[30]) Er berichtet, daß im russisch-japanischen Kriege bei 3% der Kopfverletzungen traumatische Epilepsie auftrat, und zwar nach Verletzungen der Knochen und der Dura mater. Sie trat meist erst nach bereits stattgehabter Narbenbildung ein. Bei sagittalen Schußwunden war die Epilepsie häufiger als bei Querschüssen. Je größer die Gehirnquetschung war, desto mehr Fälle von Epilepsie gab es. In den Fällen des Verfassers hatten alle Kranken eine nervöse Disposition; hier entsteht die Epilepsie nach Kopfverletzungen manchmal sehr leicht. Vom Tage der Verletzung bis zum Eintritt der Epilepsie war die kürzeste Zeit drei Tage, die längste 442, durchschnittlich 161 Tage. In den Fällen des Verfassers wurde durch die Operation ein gutes Resultat erzielt: Heilung in 90,9%; ohne Resultat 9,1%. In allen Fällen war nach zwei Jahren noch kein Anfall aufgetreten.

Es besteht die große und durchaus begründete Gefahr, daß in unserer rentensüchtigen Zeit der betreffende Soldat nachher behauptet, sein Leiden habe sich durch den chirurgischen Eingriff nicht verbessert, sondern sogar verschlechtert, nun vermehrte Klagen äußert, und jetzt mit Versorgungsansprüchen hervortritt.

Besondere Sorgfalt erfordert die Klärung der Frage, ob und welche klinischen Erscheinungen der Epilepsie sich bereits für die Zeit vor dem Diensteintritt nachweisen lassen. Daß sich unsere Nachforschungen besonders schwierig gestalten, da sie fast ausschließlich schriftlich angestellt werden müssen, ist hinreichend betont. Sollen wir nun bei Epileptikern oder epilepsieverdächtigen Mannschaften nur nach Krampfanfällen in der Anamnese forschen? Sicherlich werden wir auf diese Weise kaum jemals nennenswerte Angaben erhalten. Bei meinen elf Mann gelang es mir nur bei vier Soldaten mit Sicherheit epileptische Krampfanfälle für die Zeit vor dem Diensteintritt nachzu-

---

[30]) Tatsuo Eguchi: Zur Kenntnis der traumatischen Epilepsie nach Kopfverletzungen im japanisch-russischen Kriege. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 123 Heft 3 und 4.

weisen; bei zwei weiteren erschienen Krampfanfälle nach den Schilderungen wahrscheinlich. Redlich präzisiert seinen und zahlreicher anderer Autoren Standpunkt dahin, „daß wir von Epilepsie nur dort sprechen dürfen, wo epileptische Anfälle in irgend einer Form bestehen".

Redlich rät zur Skepsis gegenüber den psychischen Äquivalenten, überhaupt der psychischen Form der Epilepsie und sagt: „Wir wissen, daß . . . . rein psychische Störungen das klinische Bild der Epilepsie eröffnen, ja durch längere Zeit beherrschen können, aber die Diagnose der Epilepsie läßt sich, wie dies von Wagner-Jauregg, Siemerling, Binswanger, Heilbronner, Pappenheim und viele andere betont haben, doch nur dort aufrecht erhalten, wo wir sichere Zeichen von Epilepsie nachweisen können." [31]) Ich betrachte es bei meinem kleinen Material als interessant und doch wohl nicht nur als Zufall, daß während der Militärzeit bei neun Mann (von den elf) Krampfanfälle (z. T. ärztlich beobachtete) auftraten, während ich nur bei vier mit Sicherheit, bei weiteren zwei mit Wahrscheinlichkeit Krampfanfälle für die Zeit vor dem Diensteintritt nachzuweisen vermochte. Als Kriterium der Epilepsie war stets für mich vorzugsweise maßgebend der psychische Habitualzustand. Wenn wir uns jedoch die Merkmale dieser epileptischen Charakterveränderung, so wie sie Kraepelin so meisterhaft schildert, vergegenwärtigen, so müssen wir bei unserem militärischen Material sofort zahlreiche und darunter gerade die sinnfälligsten Merkmale ausschalten. Leute, bei denen bereits so schwere Veränderungen der Psyche, besonders eine beträchtliche Verblödung eingetreten ist, gelangen kaum jemals zur Einstellung. Ich möchte nur daran erinnern, daß das Zeugnis dreier glaubwürdiger und an der Untauglichkeitserklärung eines Soldaten nicht interessierter Zeugen über wiederholte Krampfanfälle eines Mannes genügt, um bestimmungsgemäß diesen Mann vom Heeresdienst auszuschließen. Wir werden die geschilderten Charakterveränderungen bei unserem militärischen Materiale nur schwach oder sogar nur angedeutet finden. Daß unter solchen Umständen — besonders bei mangelhafter Anamnese — gelegentlich ein Epileptiker unter

---

[31]) Redlich, S. 87.

die Rubrik angeborener Schwachsinn oder aber psychopathische Konstitution gerät, ist eben unvermeidbar. Ich werde bei Besprechung der psychopathischen Konstitution auf die epileptoiden Anfälle eingehen. Hinweisen möchte ich darauf, daß mir auffallend oft (bei zehn Mann) von Schwindelanfällen berichtet wurde, und zwar in einer durchaus glaubhaften Weise. Auch über kurzdauernde Absenzen erhielt ich durch Zeugen charakteristische Schilderungen, namentlich auch über Soldaten, bei denen kein Trauma nachzuweisen war, mithin eine traumatisch-psychopathische Konstitution nicht in Frage kam.

Nur bei zwei Soldaten gelang es mir weder für das Zivilleben, noch für die Militärzeit epileptische Krampfanfälle nachzuweisen. Ich habe beide Fälle als psychische Epilepsie bezeichnet und möchte den interessanteren der beiden Fälle nachstehend schildern.

Musketier K., geboren am 12. Juli 1888, zweites Dienstjahr. Vater litt an Krämpfen, ist in einer Irrenanstalt gestorben. Großmutter väterlicherseits hat „phantasiert", litt an „Nervenschwäche". Schwester des K. beschränkt. Kindliche Entwickelung nach Angabe der Mutter regelrecht. Mit etwa acht Jahren fiel K. mit der Stirn auf ein eisernes Gitter; es ist nicht festzustellen, ob dabei eine Bewußtlosigkeit bestand. Seitdem bis zum fünfzehnten Lebensjahre nach eigener Angabe zeitweilig Kopfschmerzen und Stechen in den Schläfen; angeblich kein Schwindelgefühl, keine Ohnmachtsanfälle. Nach Bekundung der Mutter mehrmals „nächtliche Aufregungen"; es konnte jedoch nicht ermittelt werden, ob jemals Krampf- oder Ohnmachtsanfälle im Elternhause aufgetreten sind; K. wird als grundlos reizbar geschildert. In der Schule etwas schwer gelernt; bis zur zweiten Klasse der siebenklassigen Schule gekommen; nach der Schulzeit das Maurerhandwerk erlernt und bis zum Diensteintritt als Maurer tätig. Den Arbeitsgebern ist nichts von Krämpfen, Ohnmachtsanfällen usw. bekannt. Dem einen ist es aufgefallen, daß K. einige Male kleine, für ihn wertlose Gegenstände an sich genommen hat. Im übrigen galt er allenthalben als leicht aufgeregt. K. selbst behauptet, seit der Lehrzeit häufig Schwindelgefühl empfunden zu haben, besonders beim Bücken und bei Hitze. Es habe sich ihm alles vor Augen gedreht und er sich hinsetzen müssen, um nicht zu fallen. Alkohol will er schlecht vertragen haben; er will bereits nach geringer Menge zeitweilig Erbrechen, Kopfschmerzen und Schwindelgefühl bekommen haben. Er behauptet ferner, bis nach der Schulzeit zeitweilig ins Bett genäßt zu haben. Im Oktober 1910 eingestellt, galt er bei der Kompagnie als sehr übelnehmisch, renommierte gern, war im Rausch sehr redselig, fiel jedoch sonst in keiner Weise auf.

Im zweiten Dienstjahr, in der Nacht vom 14. zum 15. April trat

K. aus und legte sich wieder ins Bett. Etwa nach einer halben Stunde sprang er aus dem Bett, ergriff einen Besen, um einen Mann, der ihn angeblich schon auf dem Flur verfolgt und an der Brust ergriffen haben sollte, zu Leibe zu gehen. Er suchte sodann hinter den Spinden mit den Worten: „Willst du raus." Darauf lief er zum Fenster, riß dieses auf, blickte hinaus, kehrte zurück und ergriff einen Schemel. Er suchte noch einmal hinter den Spinden, rannte plötzlich zum Fenster und sprang aus diesem, aus 5 m Höhe auf den Kasernenhof, um den Mann, den er vor sich laufen sehen wollte, mit dem Schemel zu verfolgen. Er erhob sich sofort wieder. Innere und äußere Verletzungen hatte er sich nicht zugefügt. Sofort in das Lazarett überführt, erschien er die ersten drei Tage deutlich verwirrt, über Zeit und Ort nicht richtig orientiert. Er hielt durchaus an dem oben geschilderten Vorfall fest, schilderte genau den Mann als eine Zivilperson mit schwarzem Vollbart, schwarzem Anzug, braunem Hut, Gummischuhen und einem Regenschirm. Er behauptete, der Mann sei ihm in die Stube gefolgt, sei an den Spinden entlang gegangen und schließlich auf ihn zugesprungen. Daraufhin habe er sich erhoben, um den Mann festzuhalten. K. war ausgesprochen ängstlich, blickte fast ständig nach der Tür und den Fenstern und bat die Mitkranken, aufzupassen, damit der Mann nicht hereinkäme. Am vierten Tage (18. April) war die Angst und Unruhe geschwunden, jedoch erschien K. auffallend teilnamlos. In den folgenden Tagen erschien er frei — er nahm in durchaus unauffälliger Weise an den Unterhaltungen der Kameraden, den Spielen usw. teil. Er klagte vielfach über Kopfschmerzen, ohne daß sich jedoch seitens des Nervensystems irgendwelche krankhaften Erscheinungen nachweisen ließen. Etwa vierzehn Tage hielt er an dem Vorfall durchaus fest. Nach dieser Zeit wurde er allmählich schwankend und erklärte: „daß einer dahin gekommen ist, glaube ich auch nicht mehr, weiß aber gar nicht, wie sich das zugetragen hat." In, der Nacht vom 8. zum 9. Mai spielte sich folgender Vorfall ab: K. verließ nachts das Bett, ging zum Fenster und versuchte dieses zu öffnen (unmöglich, da Sicherheitsverschluß). Die Nachtwache ging auf ihn zu, rief ihn an und faßte ihn beim Fuß. K. stürzte rücklings ab und wäre auf den Fußboden aufgeschlagen, wenn die Nachtwache ihn nicht aufgefangen hätte. „Der Kopf hing dabei nach hinten, die Augen waren starr, die Atmung tief, der Puls beschleunigt." Er ließ sich ruhig in das Bett bringen und legte sich hin, nach zwei Minuten richtete er sich auf und sah scheu und verwundert um sich. Auf Fragen gab er völlig klare Antworten und zeigte völlige Erinnerungslosigkeit an den Vorfall. Dem Unteroffizier, der ihm den Vorfall schilderte, erklärte er, er müsse wohl geträumt haben. Er klagte über Kopfschmerzen, schlief bald wieder ein und schlief fest bis zum nächsten Morgen. Die Untersuchung am Morgen ergab: positiven Romberg, Klagen über Schwindelgefühl, leicht taumelnden Gang bei schwierigen Gehversuchen, gesteigerte Patellar-Sehnenreflexe, leichten Patellarklonus. Im Urin kein Eiweiß. K. zeigte auch am Morgen völlige Erinnerungslosigkeit für den geschilderten

Vorfall und gab an, es sei ihm während des ganzen gestrigen Tages „nicht gut" gewesen. Er habe stärkere Kopfschmerzen sowie „ein komisches Gefühl" im ganzen Körper gehabt, das er als ein „inneres Schütteln" bezeichnete. Schwindelgefühl oder Übelkeit habe nicht bestanden.

Der zweite Mann ist erblich nicht belastet, hat in der Schule gut gelernt und regelmäßig gearbeitet (Fabrikarbeiter). Er galt als leicht erregbar, war auch wegen „Schwindelgefühl" in ärztlicher Behandlung sowie wegen „Kopfschmerzen". Bei der Kompagnie erschien er „zeitweise plötzlich verwirrt", oft teilnahmslos und geistig abwesend; auf Anreden gab er dann „verwirrte Antworten". Die Stimmung war auffallend ungleichmäßig (teils heiter, teils niedergedrückt). Die Erregtheit machte auf die Kameraden einen „entschieden krankhaften Eindruck". Oft äußerte er Klagen über Kopfschmerzen. F. gab selbst zeitweiliges Schwindelgefühl mit anschließender Benommenheit an, zeitweiliges „Druck- und Angstgefühl in der Herzgegend", Gefühl allgemeiner Schwere. Er hatte sich auch wegen „Schwindelanfällen" krank gemeldet und wurde auf Veranlassung des Truppenarztes im Dienste beobachtet. Eines Abends kam er — im Winter — völlig entkleidet in ein Bauernhaus in der Umgebung seiner Garnison, war völlig verwirrt und wurde sofort in das Krankenhaus gebracht, wo er tief bewußtlos und ohne Reaktion für mehrere Stunden war. Die Sachen fanden sich mehrere hundert Meter entfernt, an einem Flusse. Am nächsten Tage völlige Amnesie für den Vorfall und die Zeit vor sowie auch unmittelbar nachher.

Nur wegen des praktischen Interesses möchte ich schließlich noch einen graphischen Lebenslauf beifügen (Nr. 6). Zur Erklärung sei folgendes bemerkt.

Bö., jetzt im siebenten Dienstjahre.

Vater Trinker, litt an Krampfanfällen, Tod durch Selbstmord. Mutter war gleichfalls Trinkerin, Tod auch durch Selbstmord. Ein Bruder leidet an Epilepsie, ein zweiter ist vorbestraft. Über früheste Kindheit nichts bekannt. Im Alter von zehn bis elf Jahren stahl er „wie ein Rabe" und kam in Fürsorgeerziehung. Er entlief in fünf Monaten dreimal und kam infolgedessen in eine strengere Anstalt, in der er ein Jahr und neun Monate sich befand. In dieser hatte er zwei epileptische Anfälle, die typisch als solche geschildert werden von einem in der Irrenpflege bewanderten Aufseher. Er wurde, wie er selbst erzählt, „durch individuelle Behandlung eines Hausvaters moralisch gebessert". Sein Wunsch, das Schlosserhandwerk zu erlernen, wurde ihm nicht erfüllt; er wurde Knecht bezw. Schweizer (bis 1903). In seinen Stellungen befand er sich stets nur kurze Zeit, hatte viel Streit und „Krach"; er gibt selbst an, zu jener Zeit recht roh gewesen zu sein. Er wanderte von seiner Heimatprovinz (Schlesien) nach dem Elsaß, dann in die Schweiz, wo er vier bis fünf Monate sich am Saccharinschmuggel beteiligte. In die Heimat zurückgekehrt, wurde er in eine Rauferei verwickelt, fürchtete, einen Mann erschlagen zu haben (hatte diesen tatsächlich schwer verletzt),

flüchtete nach Frankreich und ließ sich Februar 1905 für die Fremdenlegion — angeblich freiwillig — anwerben, in der er Expeditionen, auch Gefechte mitmachte. August 1905 wurde er mit noch einem anderen Legionär flüchtig und kam bis Melilla. Unterstützt von einem französischen Konsul, dem sie gestohlene Papiere zum Ausweise vorlegten, gelangten sie nach Spanien, das Bö. durchquerte, ebenso Frankreich. An der deutsch-französischen Grenze stellte er sich freiwillig, wurde September 1905 in Untersuchungshaft genommen und wegen Diebstahl und Entziehung der Wehrpflicht mit Gefängnis bestraft. Aus der Untersuchungshaft heraus wurde Bö. am 27. Dezember 1905 als unsicherer Dienstpflichtiger beim Militär eingestellt. Bereits Anfang Januar 1906 wurde er flüchtig, aber beim Versuch, die Landesgrenze zu überschreiten, nach wenigen Tagen ergriffen. Er kam in Untersuchungshaft und wurde wegen Körperverletzung (begangen vor der Flucht nach Frankreich 1905) mit acht Monaten Gefängnis bestraft. Im Oktober 1906 zur Truppe entlassen, wurde er im März 1907 erneut fahnenflüchtig. Er hatte die Absicht, einen früheren Aufseher, einen Oberschweizer, „umzubringen", den er fälschlich im Verdacht hatte, er (der Aufseher) habe seine Festnahme bei der vorhergehenden Flucht bewirkt. Er verletzte einen falschen Mann schwer und wurde bei dem Versuche, nun noch den Richtigen „umzubringen", ergriffen. Er wurde wegen versuchten Totschlags in zwei Fällen und wegen unerlaubter Entfernung zu $2\,^1/_2$ Jahren Gefängnis verurteilt. Während dieses Verfahren schwebte, wurde er zur Beobachtung seines Geisteszustandes einer öffentlichen Irrenanstalt überwiesen. Der Gutachter erklärte ihn für strafrechtlich verantwortlich, stellte eine Epilepsie in Abrede, bezeichnete den Bö. auch nicht für dienstunbrauchbar. So wanderte Bö. in das Militärgefängnis. Während der Verbüßung seiner Gefängnisstrafe beging er einen tätlichen Angriff auf einen Vorgesetzten vor versammelter Mannschaft und erhielt eine Zusatzstrafe von $2\,^1/_2$ Jahr Gefängnis. Er wurde im Gefängnis insgesamt fünfmal mit strengem Arrest, darunter einmal mit drei Wochen wegen Achtungsverletzung bestraft. Alle Gefängnisstrafen hatte Bö. am 6. Juni 1912 verbüßt. Wegen eines Kehlkopfkatarrhs in Revierbehandlung genommen, bekam er hier einen typisch epileptischen Anfall und wurde in das Garnisonlazarett aufgenommen. Am 29. Juni brach er aus diesem aus, wurde jedoch bereits am 1. Juli 1912 und nach kurzer Untersuchungshaft erneut dem Lazarett überwiesen, welches seine fachärztliche Beobachtung veranlaßte. Sicherlich war Bö. ein degenerierter Mensch, ein Psychopath. Er hatte jedoch auf der Station zwei typisch epileptische Krampf- und Verwirrtheitszustände, zeigte auch in seiner Psyche epileptische Züge, sodaß mit voller Berechtigung — auch im Hinblick auf die früheren epileptischen Anfälle — als Grundlage eine Epilepsie diagnostiziert werden mußte, die zu einer epileptischen psychopathischen Konstitution des Bö. geführt hat.

Zu bedauern ist nur, daß nicht bereits vor Jahren gelegent-

lich der Beobachtung des Bö. in einer öffentlichen Irrenanstalt neben der Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit auf Dienstunbrauchbarkeit entschieden wurde. Es ist wohl einfach selbstverständlich, daß nach Lage des Falles auf der Posener Geisteskrankenstation die Einleitung des Dienstunbrauchbarkeitsverfahrens veranlaßt wurde.

Noch einige kurze Bemerkungen:

Unehelich geboren war einer.

In Fürsorgeerziehung hatten sich zwei befunden.

Was ihren Beruf anlangt, so hatten ein Handwerk erlernt fünf (je einer war Tapezierer, Maurer, Handlungsgehülfe, zwei Bürobeamte); gelernte Arbeiter waren zwei (gewerblicher Arbeiter und Schweizer), einfache Arbeiter (Knecht, Fabrikarbeiter) vier.

Die unmittelbare Veranlassung zur Einweisung war ein gerichtliches Verfahren bei drei Soldaten.

Bei den übrigen acht Mann waren es Krampfanfälle bei fünf, Verwirrtheitszustände ohne vorangegangene Krampfanfälle bei zwei (die geschilderten psychisch-epileptischen Fälle!); der letzte war bei der Kompagnie aufgefallen durch erregtes Wesen, Neigung zu Gewalttaten, Zittern und hochgradige Reizbarkeit. Nachzutragen ist, daß bei den 5 Mann, die Krampfanfälle hatten, z. T. auf die Krampfanfälle Erregungszustände gefolgt waren, so daß sie z. T. noch im Verwirrtheitszustande in das Lazarett eingeliefert wurden.

Ich habe absichtlich so eingehend das Kapitel der Epilepsie behandelt. Es scheint mir dieses bedeutungsvoll für die Frage der Dienstbeschädigung. Der einzelne Anfall besagt nichts für Epilepsie, und diesem Gedanken hat auch die Dienstanweisung Rechnung getragen, indem sie sagt: „Die Annahme von Epilepsie (Fallsucht) setzt das Vorkommen wiederholter Krämpfe mit Bewußtseinsstörungen oder sonstiger, ihnen an Bedeutung gleichstehender Anfälle voraus." Es erscheint also irrelevant, ob ein einzelner Anfall gelegentlich durch dienstliche Schädlichkeiten hervorgerufen ist. Wir werden in jedem Falle zu prüfen haben, auf welches Grundleiden der Krampfanfall zurückzuführen ist. Kommen wir zu der Annahme, daß der Krampfanfall das Symptom einer genuinen chronischen Epilepsie ist, können wir womöglich noch nachweisen, daß die

Epilepsie bereits im Zivilleben, sei es sicher, sei es mit Wahrscheinlichkeit, bestanden hat, so werden wir eine Dienstbeschädigung in logischer Konsequenz stets ablehnen. Es wurden auch alle elf Mann ohne Versorgung aus dem Heeresdienste entlassen.

Psychopathische Konstitutionen.

Bei der Art meines Materials war zu erwarten, daß die psychopathischen Konstitutionen mit einem beträchtlichen Prozentsatz vertreten seien. Tatsächlich gehören dieser Gruppe 25 Personen an (2 Offiziere, 1 Unteroffizier und 22 Mann). Die beiden Offiziere möchte ich ausschalten; es waren haltlose junge Leute in den ersten Dienstjahren, die als dienstunbrauchbar entlassen wurden. Ich beschränke mich bei der Besprechung mithin auf die 23 Verbleibenden. Zunächst einige allgemeine Bemerkungen.

Eine erbliche Belastung konnte bei 13 nachgewiesen werden. Es waren hereditär belastet:

1. allein von väterlicher Seite vier (Trunksucht zwei, Schwachsinn und organische Gehirnerkrankung je einer),
2. von mütterlicher Seite fünf (Krämpfe zwei, Trunksucht, „Nervenleiden", Geisteskrankheit je einer),
3. doppelt belastet durch beide Eltern vier (bei allen vier Männern waren die Väter Säufer, die Mütter von zweien waren Epileptikerinnen, von zweien „nervös").

Nicht berücksichtigt habe ich die eventuelle Belastung durch Kriminalität der Eltern, da mir hierüber nicht genügend einwandsfreie Angaben zur Verfügung standen. Bei vier bereits erwähnten Soldaten waren außer beiden Eltern noch Geisteskrankheiten usw. in der Blutsverwandtschaft des geistig nicht normalen Vaters bezw. der geistig nicht gesunden Mutter zu verzeichnen; sicherlich war also eine schwere Belastung des Patienten anzunehmen. Bei einem Soldaten gelang es mir zwar nicht, Geisteskrankheit usw. der Eltern festzustellen, wohl aber war eine Schwester der Mutter geisteskrank (fragliche Belastung). Vier Patienten besaßen noch geisteskranke usw. Geschwister (von diesen vier waren zwei lediglich durch den Vater erblich belastet, zwei von väterlicher und mütterlicher Seite).

Ein weiterer Soldat besaß eine epileptische Schwester; eine erbliche Belastung durch die Aszendenz vermochte ich nicht zu ermitteln.

Unehelich geboren war einer. In Fürsorgeerziehung hatten sich vier befunden (s. besonderer Abschnitt).

Mein Bestreben, etwas eingehendere Nachrichten über die psychische und körperliche Entwickelung meiner Kranken in früher Kindheit zu erlangen, war wenig erfolgreich. Es ist dieses ein Ergebnis, welches nicht nur bei meinem jetzigen Material sich ergab, sondern mir von jeher aufgefallen ist. Ich führe dieses vorzugsweise auf Indolenz und Vergeßlichkeit der Eltern zurück, ein Grund, der mich veranlaßte, an anderer Stelle Vorschläge über die erweiterte Einführung von Familienstammbüchern zu machen.[32]) Bei meinen Kranken dieser Gruppe wurden von den Eltern erwähnt:

verspätete Entwickelung (laufen und sprechen) bei drei,
Kinderkrämpfe bei zwei,
Bettnässen bei einem,
Bettnässen, Schreikrämpfe, Sprechen im Schlafe, Nachtwandeln bei einem,
mittelmäßige Begabung bei einem,
Bemerkungen über schlechtes Lernen, schweres Auffassungsvermögen bei sechs.

Bei den sechs zuletzt Erwähnten konnten Zweifel bestehen, ob man sie nicht der Gruppe des angeborenen Schwachsinns zurechnen sollte. Ich habe mich jedoch entschlossen, die sechs Soldaten den psychopathischen Konstitutionen zuzuzählen, da mir weniger der Schwachsinn bezw. die Beschränktheit, als vielmehr die psychopathischen Eigenschaften vorzuherrschen schienen.

Ein Handwerk hatten erlernt sieben (es war Drogist, Musiker, Brauer, Tischler je einer, Schlosser und Schmiede drei); in einem Handwerk waren gescheitert vier. Einer war ein gelernter Arbeiter. Diese Statistik erscheint jedoch in einem anderen Lichte, wenn wir den Verhältnissen auf den Grund gehen. Von den sieben gelernten Handwerkern war einer in seinem ersten Berufe (Lehrer) gescheitert und hatte

---

[32]) Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1913 Heft 7.

den Musikerberuf erwählt. Bei den verbleibenden sechs wird von dreien ausdrücklich erwähnt, daß sie mehrfach aus der Lehre davon gelaufen seien, aber der Meister sie auf Bitten der Eltern bezw. aus anderen Gründen wieder aufgenommen hätte. Auch hatten sich diese wenig beständig in ihrer Arbeit bis zum Diensteintritt gezeigt. Letzteres gilt auch zum Teil von den zehn Arbeitern. Wenn von diesen einige bis zum Diensteintritt nicht wesentlich aufgefallen sind, so liegt dieses m. E. nicht zum wenigsten an den einfachen, ländlichen Verhältnissen, in denen sie gelebt haben, daran, daß mehrere in der Wirtschaft des Vaters tätig waren, also noch nach den Entwicklungsjahren die elterliche Sorge über ihnen waltete. Sicherlich hätten sie — wie die Mehrzahl der übrigen — sonst mehr oder weniger im Leben Schiffbruch erlitten.

Eine auffallend hohe Zahl von Soldaten dieser Gruppe hatte in der Anamnese Selbstmordversuche. Die Frage, ob es sich um mehr oder weniger theatralische Selbstmordversuche gehandelt hat, läßt sich schwer entscheiden. Ich möchte nur daran erinnern, wie mancher Degenerierte, mancher Hysterische mit dem Selbstmorde spielt, wie häufig er sich bei seinen Versuchen noch eine Lebensmöglichkeit läßt, bis eines Tages doch ein Selbstmordversuch zum Tode führt.

Im Zivilleben hatten drei, beim Militär gleichfalls drei Versuche gemacht. Bei weiteren fünf war ein Selbstmordversuch die unmittelbare Ursache zur Einweisung. Soweit ich habe feststellen können, hat es sich von diesen elf Soldaten bei fünf bis sechs Mann um ernstgemeinte, zum Teil wiederholte Versuche gehandelt. Die Begutachtung dieser Selbstmordkandidaten ist mir stets besonders schwierig erschienen. Ein jeder, der militärische Verhältnisse kennt, wird wissen, daß ein derartiges Vorkommnis stets alarmierend wirkt und zu den mannigfachsten, übelwollenden Deutungen sowie Vorwürfen gegen das Militär Anlaß gibt. Einen Menschen aber lediglich deshalb als dienstunbrauchbar zu bezeichnen, weil er im Zivilleben oder auch beim Militär im Affekt einen oft recht theatralischen und wenig ernstgemeinten Selbstmordversuch inszeniert hat, erscheint mir nicht angängig. Andererseits ist es durchaus begreiflich, daß für ein derartiges Sorgenkind kein Truppenarzt gern die Verantwortung wird übernehmen wollen. Gewinnt

man den Eindruck, daß es sich um einen Menschen handelt, der regelmäßig besonders heftig auf ein unangenehmes Vorkommnis zu reagieren pflegt oder aber sich überhaupt als besonders affekterregbar zeigt, so wird zweckmäßiger der Betreffende zu entlassen sein. Die Versuche, einen derartigen Soldaten zu einer anderen Kompagnie zu versetzen, sind selten erfolgreich, denn in der neuen Umgebung können doch nur in den allerseltensten Fällen die unlust- oder affekterregenden Momente ganz ausgeschaltet werden. Ich habe mich stets bemüht, besonders sorgsam die tiefere Ursache für die Selbstmordversuche meiner Soldaten zu ermitteln und habe nur dann für das Belassen des Mannes im Dienste mich entschieden (event. unter Befürwortung der Versetzung), wenn ich glaubte, die Verantwortung übernehmen zu können. Es sind acht von den elf Mann von mir als dienstunbrauchbar bezeichnet worden (einer blieb auf Anordnung des Generalkommandos im Dienste trotz meiner Bedenken, wurde zu einer anderen Kompagnie versetzt und erfüllte seine Dienstzeit, 1 ½ Jahre, bei guter Führung straffrei), ein neunter wurde als versuchsweise dienstfähig bezeichnet und hat gleichfalls seine Dienstzeit, 1 ½ Jahre, straffrei erfüllt. Bei zweien glaubte ich nicht an einen ernsthaften Selbstmordversuch; sie blieben dienstfähig und erfüllten gleichfalls ihre Dienstpflicht.

Eine Durchsicht der psychiatrischen Lehrbücher zeigt, daß die einzelnen Autoren nach recht verschiedenen Gesichtspunkten das große Gebiet der psychopathischen Konstitutionen in Untergruppen teilen. Ich habe bei einigen Einteilungen das Gefühl gehabt, daß nur beabsichtigt war, einzelne hauptsächliche Gruppen herauszuheben, im übrigen aber keine erschöpfende Einteilung zu geben. Recht wertvoll scheint es mir, daß die psychiatrische Klinik zu Heidelberg mit den Heil- und Pflegeanstalten Illenau und Wiesloch eine Einteilung der Psychosen und Psychopathien vereinbart hat, in der gerade die psychopathischen Konstitutionen in eine größere Zahl von Untergruppen eingeteilt sind. Ob es je gelingen wird, eine völlig erschöpfende Einteilung der psychopathischen Konstitutionen in Untergruppen zu geben, mag dahingestellt bleiben. Der Wert der Heidelberg-Illenauer Bearbeitung liegt m. E. jedoch darin, daß ein größeres Material nach einheitlichen Ge-

sichtspunkten statistisch bearbeitet und überhaupt versucht wird, bestimmte Krankheitsbilder genauer voneinander abzugrenzen, als es bisher geschah. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß in die genannten Anstalten wohl nur — abgesehen von gerichtlichen Beobachtungsfällen — Psychosen auf dem Boden von Entartung zur Einweisung kommen. Es wäre daher wünschenswert, daß Psychiater, die es mit den leichteren Formen von psychopathischen Konstitutionen zu tun haben, also z. B. Gefängnisärzte, Ärzte an Fürsorgeanstalten usw. ihr Material nach dem gleichen Schema sichteten. So würden wir zu einer Berücksichtigung und Einteilung aller Degenerierten, sowohl der Dégénérés inférieurs als auch der Dégénérés supérieurs kommen. Mir erscheint dieses wichtig, wenn ich mein militärisches Material berücksichtige. Die Dégénérés inférieurs kommen wohl nur selten zur Einstellung, erscheinen vielmehr meist auf Grund gehäufter Entartungszeichen, infolge körperlicher Mißbildungen oder aber schließlich infolge ihres bereits mehr psychotisch als normal erscheinenden Geisteszustandes von vornherein dienstunbrauchbar. Wir haben es beim Militär mithin fast ausschließlich mit den Dégénérés supérieurs zu tun. Bei diesen nähern sich alle krankhaften Erscheinungen bereits mehr dem Normalen und es handelt sich um wenig charakteristische, schwer nach bestimmten Gesichtspunkten abgrenzbare Fälle. Zuweilen wird es durchaus Auffassungssache sein, welcher Unterabteilung man den jeweiligen Krankheitsfall einordnen will. Mir haben sich unter Anlehnung an die mehrfach erwähnte Heidelberg-Illenauer Bearbeitung für mein kleines Material folgende Gruppen ergeben:

1. die erblich degenerativen psychopathischen Konstitutionen im gewöhnlichen Sinne,
2. die epileptoiden Charaktere,
3. die Haltlosen,
4. die sexuell Perversen,
5. Degenerierte mit konstitutionellen Verstimmungszuständen,
6. die traumatisch-psychopathischen Konstitutionen.

Während es sich bei den ersten fünf Gruppen um angeborene konstitutionelle Zustände handelt, umfaßt die Gruppe 6 erworbene Zustände. Es wäre vielleicht richtiger gewesen, sie

abzusondern und unter der Rubrik „traumatische Folgezustände" gesondert zu besprechen. Daß ich sie trotzdem an diese Stelle nahm, geschah deshalb, weil sich bei allen drei Kranken der Gruppe 6 eine ausgesprochene psychopathische Konstitution entwickelt hatte — ob lediglich infolge des Traumas — mögen die später zu schildernden Krankengeschichten lehren.

1. Die degenerativen psychopathischen Konstitutionen im gewöhnlichen Sinne.

Es gehören dieser Gruppe sieben Soldaten an. Bei sechs Soldaten lag eine zum Teil sicher recht beträchtliche erbliche Belastung vor (bei dem siebenten waren die Angaben der Eltern nicht ganz einwandfrei.) Zwei hatten sich in Fürsorgeerziehung befunden. Drei waren vor dem Diensteintritt mehrfach gerichtlich bestraft, fünf jetzt gerichtliche Fälle. Wenn auch alle sieben Fälle in wissenschaftlicher Hinsicht nichts Besonderes bieten, so scheinen mir doch zwei Fälle aus anderen Gründen erwähnenswert. Sie seien im folgenden geschildert.

K. Zweites Dienstjahr. Zivilberuf Musiker. 22 Jahre alt. K. stammt von Zigeunern ab, aus einer Verbrecherfamilie. Der mutmaßliche Vater ist wegen Mordes hingerichtet, die Mutter wegen Diebstahl mehrfach bestraft und im Gefängnis gestorben. K. selbst ist im Gefängnis geboren und sehr bald nach der Geburt zu Pflegeeltern gekommen, deren Namen er auch trägt. Er ist aufgewachsen unter der Leitung einer abergläubischen, ängstlichen alten Frau, in kümmerlichen pekuniären Verhältnissen. Als Kind angeblich etwas jähzornig. Keine körperlichen Krankheiten. In der Schule lernte er leicht und gut, kam deshalb in eine Präparandenanstalt. Hier führte er sich gut, zeigte wenig Begabung für „Denkfächer (Naturwissenschaften)", aber einen „gedankenreichen Aufsatz, sowie Begeisterung und Begabung für Poesie und Musik". Das Lehrerseminar besuchte er nur ein Jahr, war zerfahren, machte Schulden und führte ein leichtfertiges Leben, sodaß er zwangsweise entlassen wurde. K. wurde Musiker und führte sich gut. Am 1. Oktober 10 trat er als Zweijährig-Freiwilliger ein und wurde Hilfshoboist. In dem Bericht des Musikmeisters wird er als nicht bösartig, aber nachlässig und oberflächlich bezeichnet, als körperlich wenig sauber und sehr vergeßlich. Die Kameraden erwähnen folgende Charakterzüge: weichlich, energielos, zu Prahlerei und Renommisterei geneigt, sehr affekterregbar, ohne genügende Selbstbeherrschung, körperlich hochgradig unsauber, geckenhaft eitel, leichtsinnig, „zeigte Schauspielermanieren, indem er sich zuweilen verkleidete, schminkte und Perücken aufsetzte". Mit den Kameraden hatte er nur lose Fühlung, belog sie und verschaffte sich gern beim Einkaufen auf deren Kosten

eigenen Vorteil. Beim Militär zeigte er sich anfangs willig, strebsam, aufmerksam. Sein Auffassungsvermögen stand beträchtlich über dem Durchschnitt. K. selbst behauptet, sich sehr schwer in das militärische Leben hineingefunden zu haben. K. hatte insbesondere mit seinen unmittelbaren Vorgesetzten mehrfach kleine Reibereien, wie er selbst zugibt wohl zum größten Teil durch eigene Schuld. Er bezeichnet sich selbst als einen empfindlichen Menschen, der sich kleine Unannehmlichkeiten übertrieben zu Herzen nehme und dann die Einsamkeit aufsuche, während er sonst „leichtlebig" sei. Von jeher will er ängstlich sein, häufig das Gefühl haben, als ob jemand hinter ihm ginge und infolge der geschilderten Empfindungen das Alleinsein sowie dunkle Räume vermeiden. Aus dieser Angst heraus, ferner in Anbetracht des Umstandes, daß er häufig nachts in Zivilkleidung vom Spielen zurückkehren müsse, habe er sich einen Revolver gekauft. Im Juli 1911 wurde in der Nähe seiner Garnison ein Zigeuner von einer Zigeunerin erstochen, die den Namen seines Vaters trug und angeblich die Schwester seines hingerichteten Vaters gewesen sein soll (?). K. gibt nun an, diese Kunde habe ihn sehr aufgeregt und die Erregung sei noch gesteigert worden dadurch, daß er die Nachricht erhielt, seine Pflegemutter, an der er mit sichtlicher Liebe hängt, sei krank und in der kümmerlichsten pekuniären Lage. K. äußerte zu den Kameraden Selbstmordabsichten, drohte auch gelegentlich, den Untffz., mit dem er gerade wieder Reibereien hatte, zu erschießen. In das Garnisonlazarett übergeführt, zeigte er hier ein völlig geordnetes Verhalten, abgesehen von einem leicht niedergedrückten, verstimmten Wesen. K. schlief unruhig, sprach mehrfach im Schlaf und klagte häufig über Kopfschmerzen. Im übrigen zeigte er die bereits in der Vorgeschichte erwähnten Charaktereigenschaften. Sinnestäuschungen wurden nie beobachtet. Das Nervensystem zeigte einige deutliche Reizerscheinungen.

Es enthüllt sich hier ein Menschenschicksal, das romanhaft klingt und schon allein wegen der Abstammung des Mannes Interesse verdient. Lebhaft zu bedauern ist, daß er von einer alten, ängstlichen, abergläubischen Frau erzogen (richtiger: eben nicht erzogen) wurde, also in einer Umgebung aufwuchs, die nicht geeignet war, stählend und festigend auf seinen Charakter einzuwirken. Sein ganzes Leben krankt — so möchte ich sagen — an diesen zwei Faktoren — seiner Abstammung mit den für ihn sich ergebenden Konsequenzen und dem Einfluß der abergläubischen alten Frau. Sympathisch bei ihm berührt die Liebe und Anhänglichkeit zu der Pflegemutter; eine Entwicklung altruistischer Empfindungen war, wie ich überzeugt bin, durchaus vorhanden. Andererseits wird man sich über das weitere Schicksal dieses Menschen keinen optimistischen Er-

wartungen hingeben dürfen. „Die Hypothese" — sagt Aschaffenburg[33]) bei der Besprechung der individuellen Ursachen des Verbrechertums in dem Teil, der von Abstammung und Erziehung handelt — wird „entbehrlich, daß sich verbrecherische Neigungen, etwa wie gelegentlich künstlerische, von den Eltern auf die Kinder vererben. Entbehrlich, sage ich ausdrücklich, denn sie wird weder widerlegt noch bewiesen werden können. Das, was wir sicher feststellen können, ist die Tatsache, daß das Erbteil der Kinder von Trinkern, Geisteskranken und Epileptikern in physischer und psychischer Minderwertigkeit besteht. Zu den angeborenen Unzulänglichkeiten gesellt sich bei den Kindern aus degenerierten oder verbrecherischen Familien noch die Gefahr, die in ihrer weiteren Entwicklung liegt. Vor allem fehlt ihnen eine regelrechte Erziehung." Ich erblicke in diesem Punkte eine — fast möchte ich sagen — unüberwindliche Schwierigkeit. Ich halte es für mehr als schwierig, wirklich geeignete, zuverlässige Familien zu finden, die mit unermüdlicher Liebe und Geduld sich der meist doch wenig dankbaren Aufgabe unterziehen, im Schoße ihrer Familie und Häuslichkeit diese Verbrecherkinder zu erziehen, um so mehr, da die Erziehungsbeihilfen von Staat und Kommune nicht gerade reichlich bemessen zu sein pflegen. Unbedingt beipflichten muß man Aschaffenburg[34]), der bei Erörterung der Frage, ob es eine direkte Vererbung der Neigung zu gesetzwidrigen Handlungen gibt, sagt: „Einen sicheren Beweis könnte nur das Experiment liefern, gesunde Kinder aus Verbrecherfamilien in anständiger Umgebung zu erziehen, selbstverständlich ohne ihnen ihre Herkunft mitzuteilen, und dann zu beobachten, ob die kriminelle Neigung trotzdem hervortritt. Dieser Beweis ist nicht leicht zu führen."

Wesentlich anders liegt der zweite Fall. Er bietet einen Beitrag zu der Wahnbildung bezw. wahnhaften Einbildung der Degenerierten.

B. Musketier, im Zivil Knecht. Erstes Dienstjahr. (Graphischer Lebenslauf Nr. 7.)

---

[33]) Aschaffenburg: Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Winter's Universitätsbuchhandlung. Heidelberg 1906 2. Auflage S. 111.

[34]) ebenda S. 40.

Mutter bereits vor der Geburt des B. geisteskrank; jetzt seit achtzehn Jahren in einer Irrenanstalt. Großmutter mütterlicherseits des B. litt an Tobsuchtsanfällen, zwei Kusinen mütterlicherseits gleichfalls geisteskrank. B. selbst ist zur richtigen Zeit geboren, hat in der Kindheit an Krämpfen gelitten, Hang zum Umhertreiben, aber sonst keine geistig auffälligen Zeichen gezeigt. Letztere sind auch der Stiefmutter, die den B. seit dessen neuntem Lebensjahre kennt, nicht aufgefallen. Sie bezeichnet ihn als „aufgeweckt".

Im siebzehnten Lebensjahre (1905) wurde B. zwei mal kriminell und kam im Anschluß an die letztere Strafe in Fürsorgeerziehung. Der Vorstand der Fürsorgeanstalt berichtet, daß B. sehr eigensinnig, bei energischem Anfassen etwas aufgeregt und in seinen Reden ausfallend war. B. entwich aus der Anstalt und wurde im neunzehnten Lebensjahre (1907) wiederum wegen Diebstahl zu Gefängnis verurteilt. Der Anstaltsgeistliche hebt die gute Begabung des B. hervor sowie seine außerordentliche Verschlossenheit, die nur durch besondere Geduld und Freundlichkeit überwunden werden konnte. Der genannte Geistliche, mit dem B. auch in der Folgezeit in Schriftwechsel blieb, will in einer im Winter 1911/1912 von B. erhaltenen Postkarte, eine „auffallende Unklarheit und Wunderlichkeit des Ausdrucks" bemerkt haben. Nach Verbüßung der Gefängnisstrafe erneut der bereits genannten Erziehungsanstalt überwiesen, zeigte er hier — nach dem Bericht der Anstalt — eine ernstere Stimmung, auch ziemlich gleichmäßige Leistungen in der Arbeit, ließ jedoch „Zuverlässigkeit" vermissen, indem er das ihm geschenkte Vertrauen mißbrauchte. Nach der zweiten Einweisung in die Fürsorgeanstalt entwickelte er große Zerknirschung und äußerte die Absicht „in der inneren Mission zu wirken". „Diese, seine Äußerung führe ich aber auf seine Isolierhaft zurück, wo er in seiner einsamen Zelle solche Probleme geschmiedet hatte. In Wirklichkeit verloren sich auch allmählich seine Ideen und er wurde im Umgang mit den anderen Zöglingen wieder recht natürlich und hat niemals mehr später solche Äußerungen getan." Seitens der Anstalt wird ausdrücklich erwähnt, daß er niemals geistig auffällige Zeichen dargeboten hätte, vor allen Dingen nicht Ohnmachts-, Schwindel-, Krampfanfälle, auch nicht Wahnideen oder sonstige Eigentümlichkeiten. Wiederum aus der Anstalt entwichen, beging er einen schweren Diebstahl und wurde mit zwei Jahren Gefängnis bestraft. Nach der Mitteilung des Gefängnisarztes fiel B. dort in keiner Weise in geistiger Hinsicht auf.

Im Oktober 1911 beim Militär eingestellt, führte er sich bei der Kompagnie „gut", entfernte sich jedoch am 22. Januar 1912 früh von der Truppe in Holzpantoffeln, Tuchhose, Litevka, Mütze, Schürze und mit einer Kohlenschaufel. Er wanderte auf Umwegen ohne nennenswerte Nahrungsaufnahme und nennenswerten Schlaf bis nach Ha., wo er am 23. Januar abends anlangte und, in dem Stall einer Herberge verborgen, am 24. Januar früh aufgefunden wurde. Dem Herbergsbesitzer gab B. keinerlei Antwort und war auch nicht durch Rütteln usw. zu irgendeiner Äußerung zu veranlassen. Dem herbeigerufenen

Zivilarzt gelang es gleichfalls nicht, B. zu ermuntern. Genannter Arzt erachtete „eine vorübergehende Geisteskrankheit, beruhend auf epileptischer Anlage (epileptiformes Irresein)" für vorliegend und B. für die unerlaubte Entfernung strafrechtlich nicht verantwortlich. In das Garnisonlazarett seines Standortes am 26. Januar 1912 überführt, gab er hier nach der Einlieferung nur vorübergehend kurz Antwort, zerriß den Strohsack, zerstreute das Stroh in der Zelle, zog sich die Hose aus, verunreinigte die Zelle mit Kot und Urin und ging stundenlang im Kreise umher mit gebeugtem Kopf. Der Chefarzt hatte von vornherein den Verdacht auf Verstellung und redete ihm gut zu. Seit dem 28. Januar war dann das Benehmen des B. völlig unauffällig. Bei seinen Vernehmungen gab B. stets an, er sei mit voller Überlegung von der Truppe fortgelaufen, um sich seiner Dienstpflicht zu entziehen, „und zwar wollte ich dieses dergestalt tun, daß ich mich, nachdem ich weggelaufen war, auffinden lassen wollte, dann Geisteskrankheit vorspiegeln wollte, um mich dadurch als dienstunfähig erscheinen zu lassen". Als Grund der Flucht gab er Mißhandlungen, Beschimpfungen seitens der Kameraden an. In Untersuchungshaft beschwerte er sich mehrfach, entwickelte auch Ideen, wie das Heerwesen reformiert werden müsse und wie er dazu berufen sei, in diesem Sinne zu wirken. In der kriegsgerichtlichen Sitzung vom 12. März 1912 hielt B. seine Angaben über Flucht und Simulation durchaus aufrecht. Ein Sanitätsunteroffizier bekundete, daß B. in Ha. in der Revierkrankenstube, wohin er aus der Herberge gebracht worden war, mehrere Tobsuchtsanfälle gehabt hätte, dazwischen aber vollkommen teilnamlos erschienen wäre. Er bekundete weiter, daß er später im Garnisonlazarett den B. aufgesucht hätte, „wo er (B.) mich auch erkannte und die ganzen Vorgänge in Ha. bis auf wenige Einzelheiten richtig erzählte". Der bereits erwähnte Zivilarzt gab sein Gutachten dahin ab, daß B. sowohl bei der Fahnenflucht, als auch in Ha. bei der Auffindung geisteskrank im Sinne des § 51 RStGB. gewesen sei. Der erwähnte Chefarzt hielt im Gegenteil B. für strafrechtlich verantwortlich. Durch Beschluß des Gerichts wurde B. daraufhin mir zur Beobachtung überwiesen.

B. zeigte sich während der ganzen Beobachtungszeit vom 21. März bis Mai 1912 stets über Zeit und Ort richtig orientiert und verhielt sich äußerlich durchaus unauffällig. Sein Verhalten war anfangs ausgesprochen unmilitärisch, eine Erscheinung, die ihre Aufklärung in der Auffassung des B. fand, er brauche sich in einem Lazarett, einem Krankenhause, nicht der militärischen Formen zu befleißigen. An den Arbeiten auf der Station beteiligte er sich eigentlich gar nicht, bei Aufforderung nur widerwillig und führte seine Arbeit langsam, interesselos und ohne jegliche Sorgfalt aus. Wurde ein Auftrag in etwas kurzer, bestimmter Form erteilt, so widersprach er dem Personal fast ständig oder führte den Auftrag absichtlich besonders unvollkommen aus. Das Personal trat ihm auf meine ausdrückliche Anordnung mit außerordentlicher Ruhe und Nachsicht — absichtlich in keiner Weise in Vorgesetzteneigenschaft — gegenüber,

klagte jedoch dauernd über das dickfällige, fast unverschämt zu nennende Verhalten des B. Als ihm der besonders ruhige Stationsaufseher, auf lose Blätter eines Heftes hinweisend, vorschlug, diese zusammen zu heften, erklärte B., daß er dieses wohl tun könnte, wenn er dazu Lust hätte, daß er aber nur Interesse für Lesen, Schreiben, Essen und Schlafen hätte. Die vorgeschriebene Arbeit führte er natürlich nicht aus. Seine einzige Tätigkeit bestand auf der Station im Lesen, Schachspielen und gelegentlich im Schreiben. Er verkehrte fast nur mit einem früheren Bekannten, einem gleichfalls zur Beobachtung auf der Station weilenden Militärkrankenwärter seines Standortes. Bei den übrigen Kranken genoß er eine ausgesprochene Unbeliebtheit, und zwar infolge seines überhebenden, anmaßenden Verhaltens. Anfangs versuchte er zwei recht intelligenten Kranken seine Ideen zu entwickeln; diese Kranken hatten den Eindruck, als ob B. sich wichtig tun und als der große, bedeutende Mann erscheinen wolle und lehnten seine Ideen als „Quatsch" energisch ab. In der Folgezeit hielt er sich von den Mitkranken fern und verkehrte nur mit dem bereits erwähnten Militärkrankenwärter. Dieser bekundet, daß B. in der Garnison gleichfalls versucht hätte, zu anderen Personen, sowie zu ihm von seinen Ideen zu sprechen, gleichfalls Ablehnung erfahren und darauf ärgerlich bemerkt hätte, sie seien ihm zu dumm für seine Ideen.

Von Anfang an weigerte sich B. strikte, auch nur das Geringste über sein inneres Leben, seine Ideen zu erzählen, und zwar deshalb, weil seine Mitteilungen an den Chefarzt des Lazarettes seines Standortes von letzterem falsch aufgefaßt worden seien und ihm dieses bei Gericht geschadet hätte. In einem Schreiben zwei Tage nach der Aufnahme schreibt er wörtlich: „Ich werde hier so wenig wie möglich erzählen und mich möglichst ausschweigen." B. erklärte, er wolle nur schriftlich auf sein Leben, seine Ideen usw. eingehen und verlangte dazu etwa vier Wochen Zeit, sowie ein ruhiges Zimmer, in dem er ungestört arbeiten könne. Dieses Verlangen wurde von mir abgeschlagen, da es mir in allererster Linie darauf ankam, auf die in B.s Schriftstücken festgelegten Ideen durch Rede, Gegenrede und Fragen einzugehen. Überdies erwartete ich nicht, daß die von B. selbst in vier Wochen gefertigten Schriftstücke mich bei B.s Halsstarrigkeit in die Lage versetzen würden, mehr zu ermitteln, sah sogar voraus, daß B. dann mit allergrößter Wahrscheinlichkeit in gleicher Weise wie jetzt sich weigern würde, mit mir die einzelnen Ideen zu besprechen.

B. wurde von mir am 19. April — also vier Wochen nach seiner Einlieferung — für einige Zeit in einer Einzelzelle isoliert, nachdem keinerlei Änderung bis dahin in seiner Halsstarrigkeit erreicht worden war, auch nicht durch die sorgsamste und wohlwollendste Pflege während einer Erkältungskrankheit. Bei der Anordnung der Isolierung leiteten mich drei Gesichstpunkte: einerseits der Wunsch, zu sehen, ob das Alleinsein in seiner Zelle irgendwelche psychischen Erscheinungen (Sinnestäuschungen, Erregungszustände usw.) aus-

löse; andererseits die Annahme, daß B. vielleicht, durch diese Maßnahme gereizt, mir Gelegenheit geben würde, einen der angeblich vorgetäuschten Tobsuchtsanfälle zu beobachten. Drittens der Gedanke, daß das Alleinsein und die Langeweile ihn vielleicht geneigter zu einer Auskunft machen würden. Diese Annahme erwies sich jedoch als irrig, B. blieb bei seinem halsstarrigen, hartnäckigen Schweigen. Es wurden auch keinerlei Zeichen einer Geistesstörung unter diesen veränderten Verhältnissen beobachtet. Die absichtlich in kameradschaftlicher, wohlwollender Weise von mir gemachten Vorhaltungen, eine Aussprache könne doch vielleicht Momente ergeben, die strafmildernd in Betracht kämen, die Vorstellung, daß er sich mir gegenüber unter vier Augen aussprechen solle, ohne daß ich mir Notizen machte, schließlich meine Vorhaltung, das hartnäckige Schweigen hier könne vor Gericht als strafverschärfend aufgefaßt werden — nichts war imstande, B.s Verhalten zu ändern. Es wurde auch, unmittelbar nachdem B. von seiner Schwester einen überaus verständigen Brief erhalten hatte, versucht, durch Anschlagen der kindlichen und geschwisterlichen Gefühlstöne ihn zu einer Änderung zu bewegen. Gleichfalls ohne Erfolg. Dieser Mißerfolg erklärt sich allerdings hauptsächlich wohl daraus, daß er mit den Eltern überhaupt keine Beziehungen unterhält und seine Beziehungen zu der Schwester wohl auch mehr Egoismus als verwandtschaftlicher Liebe entspringen. Er erklärte ständig, eine Aussprache sei zwecklos, bestraft würde er doch, im Gefängnis habe er sich straffrei geführt, so würde ihm auch der Aufenthalt im Festungsgefängnis nicht schwer fallen; er würde dann weiter dienen und später versuchen, seine Ideen zu verwirklichen. Der Einwand, daß es mir völlig fern läge, ihn in seinen Ideen beeinflussen zu wollen, rief keinerlei Änderung in seinem Verhalten hervor.

Über sein bisheriges Leben macht B. spärliche, aber durchaus mit den Erhebungen übereinstimmende Angaben, auch betreffs seiner Vorstrafen. Er gibt ferner an, er habe in den Gefängnissen sehr viel gelesen und jede Gelegenheit benutzt, sich fortzubilden. Vor etwa drei bis vier Jahren habe er angefangen, sich für Verbesserungen zu interessieren; so habe er im Laufe der Zeit einen „Strumpfschoner", eine „Ladevorrichtung" zum Umladen von Gütern erfunden, ferner ein neues Buchformat, nämlich ein rundes (zu denken, wie die Papierrollen für die Klosette), um das Umblättern zu ersparen, sowie endlich eine Geheimschrift, die sich zu einer Kurzschrift im Laufe der Zeit noch ausbilden lasse. Auf Einzelheiten dieser Erfindungen einzugehen, lehnte B. ab. Aus kurzen Bemerkungen gewann ich den Eindruck, daß alle drei Erfindungen völlig untauglich waren. Die Geheimschrift war umständlich und schwierig, auch nicht geeignet, eine Kurzschrift zu werden.

Bereits vor dem Diensteintritt, vor allen Dingen aber während der Dienstzeit, nachdem er das Militärleben praktisch kennen gelernt hatte, sei er zu seinen reformatorischen Ideen gekommen. Er habe einsehen müssen, daß es ihm nicht möglich sein würde, diese Ideen

als Soldat zu verwirklichen; er habe infolgedessen beschlossen, sich dem Militärdienst zu entziehen durch vorgespiegelte Geisteskrankheit, um dann im Zivilleben besser für seine Ideen wirken zu können. Seine reformatorischen Ideen bezwecken Vertiefung des kameradschaftlichen Sinnes (musikalische und literarische Abende unter Leitung besonders begabter Kameraden), Rückkehr zu den einfachen Verhältnissen Friedrich des Großen usw. Er gibt allerdings offen zu, daß sein schlechtes Verhältnis zu seinen Kameraden, die Mißhandlungen und Beschimpfungen recht bedeutend als Ursache für die Flucht mitgesprochen hätten. Sinnestäuschungen des Gesichts und Gehörs habe er in seinem ganzen bisherigen Leben nie gehabt, auch nicht in den Gefängnissen in Einzel- oder Untersuchungshaft; ebensowenig habe er seit der Kindheit jemals an Krämpfen, Ohnmachts-, Schwindel-, Verwirrtheitszuständen gelitten. An die Entfernung von der Truppe zeigt er durchaus klare Erinnerung, ebenso an seine Wanderung, wie aus seinen Darstellungen mehrfach hervorgeht. Es zeigt sich ferner, daß er an seine Auffindung durch den Herbergssohn und Herbergswirt durchaus klare Erinnerung besitzt, desgleichen anscheinend auch für die Untersuchung durch den Zivilarzt. B. erzählt ferner, wie er in Ha. die angeblichen Tobsuchtsanfälle angestellt hätte, desgleichen auch im Garnisonlazarett seines Standortes. Es gelingt n i c h t, in irgendeiner Weise Erinnerungslücken festzustellen, ebenso wenig Zeichen einer Verwirrtheit, sei es bei der Fahnenflucht, sei es bei der Auffindung, sei es in der Revierkrankenstube zu Ha., sei es im Garnisonlazarett seines Standortes.

Die körperliche Untersuchung ergibt einige Degenerationszeichen. Das Nervensystem zeigt unbedeutende Abweichung von der Norm, leichtes Beben der Zunge, leichtes Lidflattern bei dem Rombergschen Versuch und leichtes Hautnachröten.

Bei der Deutung des vorstehend geschilderten Falles glaubte ich mit Sicherheit ein Jugendirresein ausschließen zu können, dachte jedoch anfangs an eine chronische, in der Entwicklung begriffene Paranoia. Immer mehr gewann ich jedoch im Verlaufe der Beobachtung die Überzeugung, daß die Fahnenflucht begangen worden war, um dem lästig empfundenen Militärdienste zu entgehen, was bei dem unstäten Wesen des B. mir verständlich erschien. Die wahnhaften Ideen schienen mir ein Produkt der Untersuchungshaft, eine Auffassung, die ja auch durch die Bekundung des Leiters der Fürsorgeanstalt eine Stütze erhielt. In meinem Gutachten bejahte ich daher die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit des B.

Auf das Kapitel der paranoiden Psychosen und Vorstellungen bei Degenerierten möchte ich nicht eingehen; ich ver-

weise auf die Arbeiten von Bonhoeffer[35]) und Birnbaum.[36])

Das Interessante an dem Fall lag für mich in den begleitenden Umständen. Bei der öffentlichen Verhandlung griff der Verteidiger mein Gutachten lebhaft an und führte aus, daß es sich unzweifelhaft um einen Geisteskranken handle, der an „fixen Ideen" leide. Das Gericht schloß sich meinem Gutachten an und verurteilte den Mann. Sofort legte B. Berufung ein und führte — im übrigen sehr geschickt — aus, er sei tatsächlich krank im Sinne des § 51 StGB. gewesen, auch jetzt noch vollkommen von seinen Ideen beherrscht, mithin nicht im Besitze der freien Willensbestimmung. Er zeigte, daß er meinen Ausführungen und denen seines Verteidigers vorzüglich gefolgt war. Diese Berufung war für mich um so interessanter, als B. bei mir auf der Station energisch die Möglichkeit einer geistigen Störung abgelehnt, sogar mir erklärt hatte (als ich ihn fragte, was er tun würde, wenn ihn nun das Gericht als geisteskrank einer Anstalt überweise), in einer Anstalt würde man schon sehr schnell seine geistige Gesundheit richtig erkennen. Bei der Verhandlung des Oberkriegsgerichts gab B. dann — nachdem ich mein Gutachten aufrecht erhalten hatte — zu, seine reformatorischen Ideen seien ihm erst unter dem Einflusse und der Langenweile der Untersuchungshaft gekommen.

Die Bedeutung dieses Falles liegt nicht in seiner klinischen Eigenart, sondern darin, daß er uns die großen Gefahren vor Augen führt, die in den öffentlichen Ausführungen des Sachverständigen und Verteidigers liegen. Der intelligente Angeklagte lernt unzweifelhaft aus ihnen und entnimmt für sich, was zu seinen Gunsten spricht und er auch in Zukunft für sich verwenden kann. Es besteht die Gefahr, daß dann später vor Zivilgerichten so mancher auf seinen abnormen Geisteszustand sich beruft, womöglich unter Erwähnung einiger Schlagworte und überdies noch den Beweis beibringt, daß er wegen geistiger

---

[35]) Bonhoeffer: Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten 1907 Bd. VI Heft 6.

[36]) Birnbaum: Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen. 1908.

Minderwertigkeit vom Militär als dienstunbrauchbar entlassen wurde. In Verbrecherkreisen führt die Bescheinigung über den Aufenthalt in einer Irrenanstalt den unschönen Namen „Jagdschein". Der Name scheint mir charakteristisch genug gewählt. Ich würde es bei zahlreichen intelligenten Kranken für dringend wünschenswert und erfreulich halten, wenn ihnen nicht zu Ohren käme, wie der Sachverständige über ihn urteilt. Selbst jedoch, wenn der Angeklagte während der Ausführungen des Sachverständigen aus dem Verhandlungssaale entfernt würde, so wäre noch wenig gewonnen. Der Angeklagte erführe doch aus dem Munde des Vorsitzenden in Kürze, aus dem Plädoyer seines Verteidigers oder später aus den Zeitungsberichten ausführlicher, was der Sachverständige über ihn denkt und gesagt hat. Die „Kriminalstudenten" sind gleichfalls Elemente, die häufig mit dem Strafgesetzbuch kollidieren und der Ausschluß dieser Elemente aus dem Zuhörerraum wäre ebenfalls nur von Nutzen, ist aber gleichfalls leider gesetzlich nicht angängig.

2. Die epileptoiden Charaktere.

Bereits bei Besprechung der chronischen Epilepsie habe ich auf die akute Epilepsie von Féré und Jolly, die ja meist eine Folgewirkung akuter Intoxikationen ist, hingewiesen, habe auch das Auftreten vereinzelter Anfälle gestreift. Das Verhältnis dieser zu der chronischen Epilepsie hat Redlich[37] in seinem mehrfach erwähnten Werk so eingehend erörtert, daß auf seine Ausführungen hingewiesen sei. Nur seine Zusammenfassung[38] möchte ich wörtlich bringen: „Zusammenfassend können wir uns also dahin äußern, daß bei disponierten Individuen mit ausgesprochener neuropsychopathischer Veranlagung, bei solchen mit Zwangsvorstellungen, Phobien, mit moralischen Defekten, bei Idioten und Imbezillen, aber auch außerhalb der genannten Kategorien, unter dem Einflusse bestimmter Schädlichkeiten, unter denen Affekte, Alkohol, Fieber, Hitze, Überanstrengungen u. a. besonders hervorgehoben seien, vereinzelte epileptische Anfälle auftreten können, ohne daß es zur Entwickelung einer chronischen Epilepsie kommen muß.

---

[37] Redlich, S. 93.
[38] Redlich, S. 99.

Diese Schädlichkeiten sind aber in gleicher Weise auch bei der gewöhnlichen Epilepsie als anfallauslösend bekannt. Der Ausdruck affektepileptische Anfälle muß mit Rücksicht auf die so verschiedenen Auslösungsmöglichkeiten fallen gelassen werden, eher könnte man mit Bonhoeffer von reaktiven epileptischen Anfällen sprechen."

Bei allen vier Kranken waren — vereinzelt — Krampfanfälle aufgetreten, die nach der Schilderung als epileptische zu deuten sind. Für die Krampfanfälle hatten auslösend gewirkt: Bei dreien heftige Erregungen, bei dem vierten „Magen-Darmstörungen".

Neben diesen Krampfanfällen bestanden bei allen vier noch „epileptiforme". Anfälle, teils motorischer teils mehr psychischer Natur. Ich nenne: leichte Ohnmachtsanfälle, zeitweiliges Flimmern vor den Augen, Schwindelgefühl (eingeleitet vom Gefühl aufsteigender Hitze und Hämmern in den Schläfen), Kopfschmerzen, Zustände, in denen das Gesicht blau verfärbt erschien, die Atmung mühsam war, der Blick starr wurde und der Körper zu zittern begann (jedoch ohne Bewußtseinsverlust), unruhiger Schlaf, Sprechen im Schlafe, Zeiten von Absperrung und mürrischem Wesen, angeblich ohne Grund usw.

Der eine schilderte seine Anfälle folgendermaßen: Er sei sehr leicht erregbar und gerate bereits bei Kleinigkeiten in Aufregung. Dann würde ihm warm, er bekäme Herzklopfen, das Blut steige ihm zu Kopf, es sause und singe in seinem Kopfe und es „krissele vor den Augen, als ob Schnee fällt". Seine Erregung steigere sich zu einer hochgradigen Wut, in der er schimpfe, gegen die Umgebung auch handgreiflich werde und sich erst allmählich beruhige. Er klagte ferner über periodisch auftretende Kopfschmerzen, die migräneartig geschildert wurden.

Wenn auch bei allen vier Soldaten gelegentlich Krampfanfälle im Leben aufgetreten waren und zeitweilig Zustände bestanden, die an Äquivalente erinnerten, hatte ich doch in keinem Fall die Überzeugung gewonnen, daß wirklich eine chronische Epilepsie vorlag. Im Hinblick auf die epilepsieähnlichen Anfälle jedoch, sowie auch im Hinblick auf die Epileptikern ähnelnde Geistesbeschaffenheit dieser Leute durfte

meines Erachtens die Überschrift „Die epileptoiden Charaktere" als durchaus zutreffend gewählt werden.

Statistisch sei noch bemerkt, daß eine erbliche Belastung angeblich nur bei zwei Leuten vorlag, daß zwei (ein erblich belasteter und ein erblich nicht belasteter) schwer und unzureichend in der Schule gelernt hatten, sowie einer in der Anamnese mehrfache (zwei bis drei) Selbstmordversuche hatte.

Von den vier waren drei gerichtliche Fälle (unerlaubte Entfernung, Gehorsamsverweigerung, Achtungsverletzung).

3. Die Haltlosen.

Dieser Gruppe gehören sieben Mann an. Eine erbliche Belastung lag bei allen sieben vor, bei vier Soldaten sowohl von väterlicher als auch von mütterlicher Seite. Bei mehreren fällt bereits frühzeitig der Hang zu unstätem, unruhigem Leben auf. Einer lief bereits als kleines Kind mehrfach den Eltern davon, ein zweiter in den Entwicklungsjahren den Verwandten, zwei schwänzten häufig die Schule, so daß der eine dieser beiden mit 13 ½ Jahren in Fürsorgeerziehung kam. Ein Handwerk hatten zu lernen begonnen fünf, jedoch nur zwei die Lehre durchgehalten, d. h. von diesen zweien war der eine auch noch dreimal seinem Meister ohne Grund davongelaufen und stets aus Gutmütigkeit wieder in die Lehre zurückgenommen worden. Die Prüfung als Schmied hatte er nur mit weitgehender Nachsicht bestanden. Bei fast allen habe ich mir als Stichworte über ihr vorheriges Leben notiert: „frühzeitig in schlechte Gesellschaft geraten, aus der Lehre davongelaufen, umhergetrieben, nie rechte Arbeitslust", oder: „vermochte sich in keiner Stellung trotz guter, den Durchschnitt weit überragender Fähigkeiten zu halten", oder „nie auf einer Stelle ausgehalten, Landstreicher, zuletzt Arbeitshaus" usw. Alle sieben waren bisher im Beruf und Leben gescheitert. Einer war sogar vorübergehend Zuhälter gewesen.

Im Zivilleben vorbestraft waren vier, von diesen einer sieben-, ein zweiter acht-, ein dritter neunmal; letzterer wurde aus dem Arbeitshaus heraus beim Militär eingestellt als unsicherer Dienstpflichtiger. Von den sieben Mann waren jetzt fünf zufolge gerichtlicher Entscheidung auf die Station eingewiesen. Alle fünf hatten sich unerlaubt von der Truppe ent-

fernt bezw. Fahnenflucht begangen. Der eine hatte bei der Festnahme einen theatralischen — sicher nicht ernst gemeinten — Selbstmordversuch unternommen, nachdem er vorher rechtzeitig telephonisch seine Kompagnie von dem Selbstmordversuch benachrichtigt hatte mit Angabe von Straße und Hausnummer des gewählten Tatortes. Ein zweiter hatte sich entfernt, angeblich um Selbstmord zu verüben, jedoch einen Versuch gar nicht erst unternommen, vielmehr es vorgezogen, einige Wochen als Zuhälter zu leben.

Von den beiden nicht gerichtlich eingewiesenen Soldaten hatte der eine im Arrest einen — gleichfalls nicht ernst gemeinten — Selbstmordversuch mit untauglichen Mitteln versucht. Bei dem zweiten war gleichfalls ein Selbstmordversuch der Grund der Einlieferung. Dieser Versuch (durch Erhängen) schien mir ernst gewesen zu sein.

4. Die sexuell Perversen.

Den hierher gehörenden Fall möchte ich gleichfalls kurz schildern:

H., Sergeant (siebentes Dienstjahr).

Vater an einer Gehirnkrankheit gestorben; eine Schwester des H. leidet an Ohnmachtsanfällen. H. hat als Kind einen unbedeutenden Schädelunfall erlitten, soweit feststellbar, ohne schwere Begleiterscheinungen. Über Krämpfe usw. oder wesentliche Krankheiten in der Kindheit nichts bekannt. In der Schule gut gelernt. Die Unteroffizier-Vorschule zu W. (1903 bis 1905) stellt ihm ein gutes Zeugnis aus, betont jedoch Mangel an Ernst und innerer Sammlung. Von der Unteroffizierschule können sich die Unteroffiziere usw. an H. nicht mehr erinnern.

Am 7. Oktober 1905 beim Truppenteil eingestellt, fiel H. — besonders seit Oktober 1910 — den Unteroffizieren seiner Kompagnie durch sein eigenartiges Wesen auf, nämlich dadurch, daß er sich oft in seiner Stube einschloß, eine übergroße Empfindlichkeit gegen Geräusche, z. B. Zähneknirschen, eine rasche Änderung seiner Stimmungen zeigte, sich bereits bei geringfügigen Unannehmlichkeiten sehr aufregte und als sehr launisch, mißvergnügt und exzentrisch galt.

Der Kompagnie-Chef erwähnt ferner, daß H. mehrfach recht eigenartige Schriftstücke angefertigt bezw. sonderbare Randbemerkungen in dienstlichen Schreiben usw. gemacht hätte.

Die gerichtlichen Feststellungen ergaben, daß H. Untergebene, nämlich seinen früheren Putzer K. mißhandelt hat, daß er an die Eltern und Braut dieses Mannes Briefe zum Teil in einer den Putzer

verdächtigenden Weise schrieb, vor allen Dingen aber, daß H. mit K. sowie auch mit einem früheren Putzer Ha. homosexuelle vorzugsweise onanistische Handlungen vorgenommen hatte.

Am 16. März 1912 drohte er den Putzer K. zu erschießen und benahm sich derart auffällig, daß er der Geisteskrankenstation zur Beobachtung überwiesen wurde.

Eigene Beobachtung.

Das Verhalten des H. auf der Station war stets äußerlich geordnet; er selbst örtlich und zeitlich stets richtig orientiert. Krämpfe, Verwirrtheits-, Schwindel-, Ohnmachtsanfälle, überhaupt Zeichen einer Geistesstörung eigentlichen Sinnes wurden nicht beobachtet. Jedoch konnte auch hier die übergroße Empfindlichkeit des H. gegen Geräusche festgestellt werden, ferner Störungen des Schlafs, etwas unruhiges, hastiges, fahriges Wesen, sowie eine ausgesprochene Neigung zu überspanntem Wesen, das besonders in Briefen an einen früheren Kranken der Station zutage trat. Die Art dieser überspannten Schreiben sowie sein Verhalten auf der Station zeigten, daß H. kein rechtes inneres Verständnis für seine Stellung als Unteroffizier besitzt. Dieses zeigt sich ferner darin, daß H. so gut wie gar nicht sich zu den Sanitäts-Unteroffizieren der Station hielt, sondern ausschließlich zu den Mannschaften. Weitere Klagen des H. beziehen sich auf allgemeine Müdigkeit, innere Unruhe, Kopfschmerzen, besonders in der Stirngegend, usw.

Über sein Geschlechtsleben schrieb er einen längeren Brief. Aus diesem sowie aus mündlichen Unterhaltungen ergibt sich folgendes: H. will um das dreizehnte bis vierzehnte Lebensjahr durch Verführung von Kameraden zur Onanie und Lektüre sexueller Schriften gelangt sein. Die Onanie habe er in den folgenden Jahren weiter getrieben, jedoch nicht regelmäßig. In den Entwickelungsjahren faßte er Zuneigung zu einem jungen Mädchen; es kam jedoch zu keinerlei sexuellen Handlungen oder Berührungen, obgleich er wohl Neigung dazu besessen hätte. Bereits zu dieser Zeit will H. dieselbe Überempfindlichkeit gegen Geräusche sowie leichten Stimmungsumschlag gezeigt haben.

In der Folgezeit hat sich seine Neigung von dem weiblichen Geschlecht mehr und mehr abgewandt und zu einer ausgesprochenen Abneigung (?) umgewandelt.

Zwar habe er in der Folgezeit einige Male mit Prostituierten geschlechtlichen Umgang gehabt, angeblich lediglich durch Verführung und Zureden von Kameraden; er will jedoch hierbei keine sexuelle Befriedigung, im Gegenteil sogar Schmerzen (Phimose leichten Grades ! !) verspürt haben. Allmählich im Laufe der Jahre habe sich seine Zuneigung zu Männern verstärkt, er habe mit Vorliebe auf den Straßen schöne Männer betrachtet, auch Tiere mit gut sichtbaren Geschlechtsteilen, z. B. Bullen, Hengste. Gern habe er zugesehen, wenn Tiere geschlachtet oder gequält wurden; hierbei habe er sich

heftig erregt und es sei ein Samenerguß erfolgt. Aus denselben Gefühlen heraus habe er seine Untergebenen gequält und schlecht behandelt. Auch hierbei will er wollüstige Empfindungen gehabt haben. Dieselben Empfindungen will er — umgekehrt — gleichfalls haben, sobald er selbst Schmerzen erdulden müsse. Er habe zu zahlreichen Leuten (Mannschaften) während seiner bisherigen Dienstzeit heftige Zuneigung gefaßt, ohne daß er es gewagt hätte, sie sexuell zu berühren. Sein Verhältnis zu K. schildert er folgendermaßen: „Dieser Mensch rief von Anfang an einen eigenartigen Eindruck auf meinen Körper hervor, er besaß für mich etwas anziehendes, ich konnte ihn lieben, wie andere Menschen die Weiber lieben. Ich war direkt eifersüchtig auf ihn." Aus dieser Eifersucht heraus erklären sich nach meiner Ansicht ungezwungen die Briefe des H. an die Eltern und die Braut des K. H. schildert ferner, wie seine Zuneigung zu K. immer gewaltiger wurde, wie er es nicht mehr ertragen konnte, wenn K. mit anderen sprach, wie er (H.) alles versucht habe, K. stets in seiner Umgebung zu haben und wie sich seine Erregung gesteigert hätte, als K. Zuneigung zu einem Weibe gefaßt hatte. „Ich fürchtete, er würde von mir abfallen und das konnte ich nicht übers Herz bringen." Alle diese Momente hätten seine allgemeine und geschlechtliche Erregbarkeit und Reizbarkeit immer mehr gesteigert. Diese Umstände, vorangegangener Alkoholgenuß, Versuch des K., sich ihm zu entziehen, hätten dann am 16. März bei ihm eine hochgradige Wut ausgelöst. Erwähnt sei, daß H. an die Vorgänge des 16. März durchaus klare Erinnerung besitzt und höchstens Kleinigkeiten vergessen hat.

Das Nervensystem zeigte bei der Untersuchung ausgesprochene Reizerscheinungen.

Was die Frage der Homosexualität im allgemeinen anbelangt, so unterschreibe ich gern die Worte von Näcke[39]: „Mitreden kann ja hier, wie in jeder wissenschaftlichen Disziplin, nur derjenige, der erstens eine große persönliche Erfahrung gewonnen hat und zweitens die darüber bestehende Literatur möglichst vollständig kennt." Beides kann ich für mich nicht in Anspruch nehmen. Auch auf die Frage will ich nicht eingehen, ob die Homosexualität eine Entartung ist. Diese Ansicht wird fast allgemein angenommen. Näcke, sicherlich eine Autorität auf dem Gebiete der Homosexualität, tritt dieser Auffassung entgegen mit den Worten: [40]) „Wir werden vielmehr die Homosexualität weder als Krankheit noch als

---

[39]) Näcke: Einteilung der Homosexuellen. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 1908 Bd. 65 S. 111.

[40]) Näcke: Homosexualität und Psychose. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 1911 Bd. 68 S. 301.

Entartung ansehen, sondern höchstens als eine Anomalie." Für unsern konkreten Fall kann die Klärung der Frage, ob Entartung oder nicht, völlig gleichgültig sein, da der Patient nach seiner ganzen psychischen Konstitution zweifellos zu der Gruppe der Psychopathen gehört. Wie ist nun seine scheinbare Homosexualität zu deuten? Auch hier möchte ich Näcke zitieren.[41]) „Homosexuell ist nur derjenige, welcher dem eigenen Geschlechte gegenüber sexuelle Empfindungen hegt, die meist — aber nicht immer — zu homosexuellen Handlungen führen: gewöhnlich mutuelle Onanie, selten Päderastie. Pseudohomosexuelle dagegen führen homosexuelle Handlungen bei heterosexuellem Empfinden aus. Das sind dann die sogenannten „erworbenen" Fälle, die also mit echter Inversion absolut nichts zu tun haben, aber nur zu oft mit jener verwechselt werden." „Wir werden mithin stets bemüht sein müssen, zu entscheiden, ob echte oder unechte Homosexualität vorliegt." „Echte findet Befriedigung auf rein homosexuellem Wege, die unechte dagegen sucht sie auf homosexuellem, sei es durch bloße onanistische Handlungen, sei es durch Zuhilfenahme der heterosexuellen Phantasie."[42]) Im allgemeinen wird die Skepsis von Aschaffenburg[43]) gegenüber der echten Homosexualität durchaus am Platze sein und eine Reihe scheinbar homosexueller Erscheinungen aus der Kindheit entweder als Erziehungsprodukte oder aber gar als Erinnerungsfälschungen sich herausstellen. Auch von der sogen. Surrogatinversion Näckes mag es dahin gestellt bleiben, ob sie nicht ausschließlich der erworbenen Homosexualität zuzurechnen ist.

Der von mir geschilderte Fall liegt durchaus klar, denn es besteht m. E. kein Zweifel, daß es sich um eine erworbene Homosexualität handelt. H. will es naturgemäß so darstellen, als wenn er homosexuell empfindet; er empfindet jedoch in Wirklichkeit durchaus heterosexuell. Daß es bei ihm überhaupt zu homosexuellen Handlungen gekommen ist, erklärt sich einer-

---

[41]) An letzterwähnter Stelle Seite 295.

[42]) Näcke: Einteilung der Homosexuellen, an zit. Stelle S. 127.

[43]) Aschaffenburg: Die strafrechtliche Behandlung der Homosexualität. Vortrag auf der 79. ordentlichen Versammlung des Psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 15. Juni 1907 in Bonn, Referat in der Allg. Zeitschrift für Psych. 1907 Bd. 64 S. 703.

seits aus seiner angeborenen psychopathischen Konstitution, andererseits aus seiner Phimose und seinem durch diese bedingten Fiasko im Geschlechtsverkehr mit Mädchen. Ich bin geneigt, seine angebliche algolagnistischen Neigungen gleichfalls auf die Phimose zurückzuführen. Der Gedanke liegt wenigstens nahe, eine Gedankenverbindung zwischen seinen eigenen Schmerzen und denen seines sexuellen Partners zu konstruieren. Daß auch ein gewisser Machtkitzel, ein Bestreben, anderen seine Übermacht fühlen zu lassen, mitgesprochen hat, scheint mir bei diesem Psychopathen sicher.

Daß dieser Unteroffizier möglichst schnell als dienstunbrauchbar entlassen wurde, bedarf wohl keiner weiteren Erörterung.

5. Degenerierte mit konstitutionellen Verstimmungszuständen.

Bei dem einzigen Fall meines Materials, den ich unter dieser Krankheitsbezeichnung geführt habe, muß ich bekennen, daß meine Diagnose mir selbst nicht einwandsfrei erschien, vielmehr nur als Wahrscheinlichkeitsdiagnose.

Stransky in seiner vortrefflichen Monographie des manisch-depressiven Irreseins sagt wörtlich: [44]) „Unter den Individuen, die mit pathologischen Affekten zur Beobachtung kommen, unter der großen Gruppe Degenerierter überhaupt finden wir nicht wenige, die uns retrospektiv von Depressionszuständen berichten, durch die sie von Zeit zu Zeit heimgesucht werden; Depressionszustände, die einmal motiviert werden mit irgendwelchen äußeren Momenten, besonders psychischen Traumen, die dann auffällig lange und intensiv, wenigstens in keinem Verhältnisse zu der als veranlassend angegebenen Gelegenheitsursache nachgewirkt haben, andere Male wieder ganz spontan, ohne greifbare äußere Veranlassungsursache entstanden sein sollen. Nicht immer ist es ohne weiteres möglich, zwischen Verstimmungs- und Affektzuständen Degenerierter und solchen oft nach Entstehung und Aspekt ganz gleichartigen bei ja auch sehr gewöhnlich die Züge des degenerativen Per-

---

[44]) Stransky, Erwin: Das manisch-depressive Irresein. Im „Handbuch der Psychiatrie", herausgegeben von Aschaffenburg. Spezieller Teil, 6. Abteilung S. 81 bis 82.

sönlichkeitshabitus verratenden Zyklothymen zu unterscheiden, und es scheint denn auch, daß die klassifikatorische Differenzierung tatsächlich keineswegs etwa eine solche ist, die es gestattete, eine haarscharfe Grenzlinie zu ziehen zwischen Verstimmungszuständen der einen und solchen der anderen Kategorien." Für eine Zyklothymie sprach, daß mein Patient im Zivilleben (zwei Jahre vor der jetzigen Attacke) „tiefsinnig" gewesen sein wollte, d. h. „kopfhängerisch", gleichgültig, ohne Arbeitstrieb, sowie gehemmt (die Arbeit ging ihm langsamer von der Hand). Die Tatsache, daß er damals angeblich seinem Arbeitgeber nicht aufgefallen ist, besagt ja nichts. „Das äußere Gesamtgebahren ist in diesen leichtesten Fällen nicht gestört; die Kranken gehen sehr häufig ihrer gewohnten Beschäftigung nach, bewegen sich in ihren gewohnten Kreisen, scheinen dem Uneingeweihten allenfalls äußerlich schlechter aussehend, aber doch nicht in ihrem Gesamtauftreten so sehr verändert, daß der Gedanke einer Seelenstörung auftauchte" (Stransky). Die zweite Attacke, die zur Lazarettaufnahme geführt hatte, äußerte sich in verstörtem Wesen, nachlassenden Arbeitsleistungen, Entfernung von der Truppe, Versteckthalten in einem Wäldchen, sowie — auf der Station — in stumpfem Wesen mit leichter Hemmung in körperlicher und geistiger Hinsicht. Als Gründe gegen eine Zyklothymie erschienen mir erstens die Tatsache, daß der Patient ein debiler, degenerierter Mensch war, bei dem der jetzige — anscheinend zyklothyme Zustand — auch eine pathologische Reaktion anläßlich seiner Ergreifung sein konnte. Zweitens vermißte ich eigentlich den tieferen Affekt bei ihm und drittens bestand bei ihm nach den Angaben der Angehörigen, der Kompagnie von jeher eine depressive, psychopathische Konstitution, wie sie Ziehen[45]) schildert. Aber — wie erwähnt — ich hielt mich im vorstehenden Falle nur für berechtigt, eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu stellen.

6. Die traumatisch-psychopathischen Konstitutionen.

Die drei von mir beobachteten Fälle scheinen mir hinreichend interessant, um eine ausführliche Wiedergabe zu rechtfertigen. Sie seien daher zunächst geschildert.

---

[45]) Ziehen: Psychiatrie. Dritte Auflage 1908 S. 588.

E., Ulan, drittes Dienstjahr, landwirtschaftl. Arbeiter, 23 Jahre. Mutter gestorben. Ursache unbekannt. Keine erbliche Belastung; über früheste Kindheit nichts bekannt. Im Alter von 12 Jahren mit dem Hinterkopf auf einen Stein gefallen; seit dieser Zeit will E. allgemeine Kopfschmerzen haben, jedoch angeblich nie Schwindelgefühl, Ohnmachts-, Verwirrtheitszustände usw. In der Schule waren seine Leistungen nach Bekundung des Lehrers mittelmäßig. Nach der Schulentlassung war er landwirtschaftlicher Arbeiter; er wird als nüchtern, fleißig, willig geschildert. Im Oktober 1910 Diensteintritt. Nach dem Bericht des Schwadronchefs war er während der ganzen Dienstzeit auffallend still, scheu und sprach nur wenig mit den Kameraden. Jeder Dienst, besonders der Unterricht fiel ihm schwer, seine Leistungen waren in sämtlichen Dienstzweigen trotz offenkundigem gutem Willen „ganz mangelhaft". Der Eskadronchef gewann von ihm den Eindruck „eines sehr schwach begabten und sich seiner Handlungen nicht immer klar bewußten Mannes".

Im Mai 1911 entfernte er sich aus nichtigen Gründen von der Truppe und wurde hierfür mit Arrest bestraft. Am 20. Januar 1912 fiel ihm beim Eisfahren ein etwa mannskopfgroßes Stück Eis gegen die linke Kopfhälfte und verursachte eine bis auf den Knochen gehende Wunde. Er wurde für kurze Zeit (schätzungsweise zwei Minuten) bewußtlos, wusch sich dann die Wunde aus und wollte weiter Eis laden. Da die Wunde jedoch weiter blutete, ging er in das Revier, wo er verbunden wurde. Erbrechen, Ohnmachtsanfälle traten nicht auf, wohl aber Kopfschmerzen in der Gegend der Wunde, sowie Schwindelgefühl („duselig"). Er wurde in das Lazarett aufgenommen und hier bis zum 9. Februar behandelt. Die Wunde heilte per secundam intentionem. Am 9. Februar wurde er dienstfähig entlassen. Er behauptet, unverändert Kopfschmerzen im Lazarett und nach der Entlassung gehabt zu haben. Die Kopfschmerzen werden als sausend und brummend bezeichnet. Nach der Lazarettentlassung sei ihm der Dienst schwerer gefallen als früher, vor allem das Denken. Die Kommandos wären ihm vorgekommen, als ob er sie noch nie gehört hätte. Zeitweilig will er geistesabwesend gewesen sein (schildert diese Geistesabwesenheit als leichte Dämmerzustände). Diese Angaben werden von dem Rittmeister durchaus bestätigt. Am 12. Febr., also drei Tage nach der Lazarettentlassung, entfernte er sich unerlaubt von der Truppe, ging in das Heimatsdorf und versteckte sich in dem Stall der Eltern angeblich aus Furcht, daß die Eltern schimpfen würden; hier wurde er am folgenden Morgen vorgefunden (14. Febr.) und zur Truppe zurückgebracht. Als Grund gab er an: „Ich habe Kopfschmerzen gehabt, ich wußte nicht, wo ich war." Ein Dämmerzustand für die Tage vom 12. bis 14. Februar läßt sich nicht nachweisen. Am 15. Februar erfolgte seine Aufnahme in das Garnisonlazarett seines Standortes (15. bis 22. Februar). Hier fiel er auf durch den ängstlichen Gesichtsausdruck, sein stumpfsinniges Verhalten, sowie eine große Schwerfälligkeit und Langsamkeit seiner Antworten. Ärztlicherseits wurde Schwachsinn diagnostiziert. Wie E. später an-

gab, will er während beider Lazarettaufenthalte gesehen haben, daß weiße Gestalten mit bösen Gesichtern an der Wand auf und abgegangen seien. Er habe ferner gehört, daß Männerstimmen von oben durch die Zimmerdecke seinen Namen gerufen, Kommandos abgegeben hätten usw. Hiervon habe er dem Arzt nichts gesagt; einerseits habe ihn keiner danach gefragt, andererseits habe er gefürchtet, ihm würde seine Wunde wieder aufgemacht. Diese Erscheinungen des Gesichts und Gehörs seien seit dem 21. Februar definitiv geschwunden. Vom 22. Februar bis 5. April befand er sich auf der Geisteskrankenstation. Anfangs machte er einen ängstlichen, scheuen Eindruck, zog sich von den Mitkranken zurück und behauptete, nach längerem Lesen leicht schwindelig zu werden. Er erschien während der ganzen Folgezeit ausgesprochen stumpf. Er klagte häufig über Kopfschmerzen, über Schwindelgefühl beim Bücken, sowie über das Sehen von Funken vor den Augen. Eingehende Intelligenzprüfungen ergaben einen Schwachsinn geringen Grades. Das Nervensystem zeigte keine gröberen Veränderungen. Die auf der Korps-Ohrenstation von Stabsarzt Dr. Gruner wenige Tage nach der Einlieferung vorgenommene fachärztliche Untersuchung ergab auf beiden oberen Gehörgangswänden eine Reihe von parallel verlaufenden Gefäßinjektionen. Die kalorische Prüfung ergab eine Übererregbarkeit des Ohrlabyrinths besonders auf der verletzten linken Seite. (Es erfolgte bereits nach 50 Sekunden sehr starker rotatorischer Nystagmus; es traten heftigere Reaktionen auf, nämlich Drehschwindel, Angst, Unruhe, Abweichen von der Gangrichtung nach der verletzten Seite.) Bei Gleichgewichtsversuchen zeigte sich eine ausgesprochene vasomotorische Übererregbarkeit. Der Puls war ständig erhöht. (Gegen 100, leicht unregelmäßig in der Schlagfolge.) Das Pulsrohr war leicht gespannt. Druck auf die Narbe bewirkte keinerlei Änderung der Pupillenreaktion oder des Pulses. Die am 1. April erneut vorgenommene Untersuchung durch Stabsarzt Dr. Gruner zeigt weniger heftige Erscheinungen bei der kalorischen Prüfung. Die künstliche Reizung des linken Vorhof-Bogengangapparates, also auf der Seite der Verletzung, zeitigte noch stärkere Erscheinungen, als die des rechten Vestibularapparates. Auch subjektiv trat eine beträchtliche Besserung ein. Die Kopfschmerzen verschwanden bezw. wurden kaum nennenswert.

E. wurde dienstunbrauchbar ohne Versorgung entlassen, das Strafverfahren wegen der unerlaubten Entfernung eingestellt.

P., Dragoner, zweites Dienstjahr, Drogist, 20 Jahre.

Ehelich geboren. Nach Bekundung der Eltern keinerlei erbliche Belastung. In der Kindheit normale Entwickelung; in der Schule angeblich leicht gelernt. Nach Bekundung der Lehrer war jedoch seine Begabung schwach, er faßte langsam auf, zeigte jedoch auch wenig Fleiß und Strebsamkeit. Sein Betragen ließ oft zu wünschen übrig. Sein Wesen in der Schule wird als unruhig, hastig und öfter „ängstlich" bezeichnet. Nach der Schulentlassung in Drogengeschäften tätig. Den Arbeitgebern ist nichts Besonderes an P. aufgefallen. Im Ok-

tober 1910 Diensteintritt als Dreijährig-Freiwilliger. Nach dem Bericht der Eskadron zeigte P. zuweilen ein etwas eigenartiges Verhalten, renommierte gern, dünkte sich besser als seine Kameraden, sprach von Weglaufen und Totschießen. Im Februar 1911 bekam er mit seinen Stubenkameraden Streit, in dessen Verlauf ihm von einem Kameraden eine Ohrfeige versetzt wurde. Am Tage nach diesem Vorfall machte er einen Selbstmordversuch durch Erschießen und befand sich etwa einen Monat in Lazarettbehandlung. In geistiger Hinsicht wurde zu dieser Zeit nichts Auffälliges bemerkt, auch die Kugel durch mehrfache Röntgenaufnahmen im Schädel nicht nachgewiesen.

P. wurde dienstfähig zur Truppe entlassen. Die Eltern wollen einige Wochen nach dem Selbstmordversuch Zittern, Aufgeregtheit, Röte im Gesicht sowie blöden Ausdruck der Augen wahrgenommen haben. Auch soll P. damals zu den Eltern über Kopfschmerzen, Ohrensausen und heftiges Schwindelgefühl geklagt haben. P. wurde zu einer anderen Eskadron in einer anderen Garnison versetzt; wesentlich auffällige Züge wurden bei ihm nicht bemerkt. Im November 1911 entfernte er sich unerlaubt von der Truppe, wurde ergriffen und mit fünf Tagen mittlerem Arrest bestraft. Er wurde bereits damals im Garnisonlazarett des Standortes (nicht fachärztlich) auf seinen Geisteszustand beobachtet. Aus dem Krankenblatt geht hervor, daß P. wegen Nachlässigkeit mit Arrest hatte bestraft werden sollen und davongelaufen war, um sich der Bestrafung zu entziehen. Jetzt behauptet er im Gegenteil, keinen Grund zum Davonlaufen besessen, Kopfschmerzen verspürt und „nicht richtig gewußt" zu haben, was er tat. Während des erwähnten Lazarettaufenthalts behauptete er ferner, zeitweilig an Schwindelgefühl zu leiden. Da im Garnisonlazarett nichts wesentliches in geistiger Hinsicht beobachtet wurde, erfolgte seine Entlassung als dienstfähig. Im Juli 1912 entfernte er sich wiederum unerlaubt von der Truppe. Er wurde auf dem Heuboden nach zwei Tagen aufgefunden und gab an, er habe heftige Kopfschmerzen gehabt und sich auf dem Heuboden niedergelegt. Als er erwacht sei, wäre die Schwadron bereits zum Dienst ausgerückt gewesen; er habe sich vor Bestrafung gefürchtet, sich wegen der Dienstversäumnis geschämt und habe sich infolgedessen zwei Tage verborgen gehalten. P. wurde wiederum dem Garnisonlazarett zur Beobachtung seines Geisteszustandes überwiesen und schließlich der hiesigen Station zugeführt. P. gab an, in den letzten $^5/_4$ Jahren seit dem Selbstmordversuch etwa drei- bis viermal nachts ins Bett genäßt und es erst später, nachdem es geschehen sei, bemerkt zu haben. Nachts habe er sich zuweilen (im Schlafe) auf die Zunge usw. gebissen und morgens beim Erwachen Blut auf dem Kopfkissen gefunden. Dadurch, daß er sich biß, will er nicht wach geworden sein. Sehr oft leide er an Kopfschmerzen, die eigentlich nie ganz verschwinden und sich beim Tragen des Helmes verstärkten. Diese Schmerzen zögen sich von der Stirn nach beiden Schläfen und dann weiter nach dem Hinterhaupte. Zuweilen sässen sie aber allein über dem rechten Auge bezw. in der rechten Schädelhälfte.

Zu erwähnen ist, daß sich auf der rechten Stirnseite 5 cm über dem äußeren Augenwinkel eine kleine runde Narbe findet, die mit der Unterlage nicht verwachsen ist und unter der der Knochen etwas vertieft erscheint. Eine weitere kleine dreieckige Narbe findet sich rechts von der Mittellinie des Schädels, 15 cm senkrecht über dem rechten Ohr. P. behauptete, wenn die Kopfschmerzen bestünden, Ohrensausen und ein allgemeines unruhiges Gefühl zu verspüren. Er sei dann „ganz verstimmt", „zu nichts aufgelegt", es überlaufe ihn „so eine Kälte, als ob jemand mit einem kalten Tuch über den Leib fahren würde". Schwindelgefühl trete dabei nicht auf, auch keine Trübung des Bewußtseins. Zuweilen — bei starken Kopfschmerzen — werde ihm schwarz vor den Augen, es flimmere und bunte Scheiben drehten sich vor seinen Augen. In den Ohren wäre es ganz still, dann fange es an „zu summen", er zittere und es werde ihm kalt. Hierbei will er zwar schwanken, aber noch nicht hingefallen sein. Er behauptet, in diesen Zuständen nicht zu hören, wenn jemand zu ihm spräche. Laute scharfe Anreden höre er jedoch; diese Zustände seien stets sehr schnell wieder zurückgegangen. Gern habe er sich dann hingesetzt oder hingelegt. Wenn dieses jedoch im Dienst nicht gegangen sei, habe er weiter Dienst getan, die Kopfschmerzen hätten weiter bestanden, seien jedoch nie so stark geworden, daß er hingefallen oder bewußtlos geworden sei. P. behauptet ferner, eines Abends in der Revierstube schlafen gegangen zu sein und sich nachts plötzlich in der Stube, in der er für gewöhnlich schlafe, wiedergefunden zu haben. Wie er dort hingekommen sei, wisse er nicht. Auch P. gab an, in der letzten Zeit vergeßlicher geworden zu sein. Während der siebenwöchigen Lazarettbeobachtung war sein Verhalten unauffällig, nur zuweilen sonderte er sich von den anderen Kranken ab, erschien dann teilnahmslos und schreckte beim Anrufen zusammen. Er klagte dann regelmäßig über Kopfschmerzen, zeigte jedoch nie Erscheinungen von Verwirrtheit oder Veränderungen des Nervensystems. Klagen über Kopfschmerzen wurden mehrfach geäußert, es gewann jedoch nicht den Anschein, daß sie einen nennenswerten Grad besäßen, denn P. scherzte, lachte und unterhielt sich durchaus heiter mit den übrigen Kranken. Bettnässen, Bißverletzungen, Schwindelanfälle traten nach eigener Angabe des P. während der Lazarettbeobachtung nicht auf. Das Nervensystem zeigte keine wesentlichen Besonderheiten.

P. wurde versuchsweise dienstfähig entlassen.

H., Musketier, erstes Dienstjahr, Melker, 23 Jahre. Ehelich geboren.

Über erbliche Belastung vermochte nichts näheres festgestellt zu werden. Seit frühester Kindheit Bettnässen, welches bis heute noch in unregelmäßigen Zeitabständen besteht. In der Volksschule hat H. gut gelernt; in den oberen Klassen fiel ihm das Lernen schwerer, er kam jedoch bis zur zweitobersten Klasse der achtklassigen Volksschule. Nach der Schulentlassung war er ein Jahr in der Lehre bei einem Schlosser, bekam jedoch bei schwerer Arbeit

Luftbeklemmung, gab daher das Schlosserhandwerk auf und wurde mit 16 Jahren Schweizer. Er hat dann bis zum Diensteintritt als solcher in verschiedenen Stellungen gearbeitet. Im 21. Lebensjahre bekam er eines Sonntags bei einem Tanzvergnügen mit einem Förster Streit und erhielt von diesem mit einem Hirschfänger einen Schlag über den Kopf. Er trug am Hinterhaupt eine blutende Wunde davon, wurde ohnmächtig und blieb etwa eine halbe Stunde bewußtlos. Er behandelte sich die Wunde mit Karbol und Salbe, verspürte die ersten Tage nach der Verletzung noch Kopfschmerzen, die in den folgenden Tagen jedoch vergingen. Bei heißem Wetter will er in der Gegend der Narbe noch Kopfstiche verspüren. Während des letzten Jahres vor dem Diensteintritt (während des 23. Lebensjahres) will er etwa fünf- bis sechsmal Schwindelanfälle gehabt haben. H. behauptet, er sei völlig wohl zu Bett gegangen, habe nachts unruhig geschlafen, sich morgens sehr matt gefühlt und habe keine Luft bekommen. Diese Beschwerden hätten dann auch bei der Arbeit bestanden. Nach starker körperlicher Anstrengung bezw. nach Ärger sei ihm plötzlich schwarz vor den Augen geworden und er sei hingestürzt. Zeit, um sich zu setzen, habe er nicht gehabt, habe sich auch beim Hinstürzen zuweilen Beulen geschlagen. Keine Bißverletzungen, kein Einnässen. Angeblich tiefe Bewußtlosigkeit von einigen Minuten Dauer. Nach dem Erwachen Gefühl der Mattigkeit, die Arbeit sei ihm schwerer von der Hand gegangen. Zuweilen nachts unruhige Träume und morgens beim Erwachen leicht ängstliches Gefühl. H. will ferner zuweilen beim Bücken, sowie bei körperlichen Anstrengungen leichtes Schwindelgefühl verspürt haben, das jedoch bald wieder vergangen sei. Oktober 1911 beim Militär eingestellt, fiel er nach dem Bericht der Kompagnie sehr bald durch seine völlige Teilnahmlosigkeit, sein interesseloses Vorsichhinbrüten auf. Er schien verschlossen, mürrisch, sonderte sich von den Kameraden ab und war durchaus unzugänglich sowohl für freundliches Zureden als auch für ernste Ermahnungen. Die Arreststrafen ließen ihn völlig gleichgültig. Bei energischen Vorhaltungen brach er in Tränen aus. Einige Male bekam er „Wutanfälle" trotz weitgehendster Nachsicht. Die Kameraden behandelte er sehr schlecht, erschien aber seinerseits sehr reizbar und empfindlich. In seinem Äußeren war er höchst nachlässig, beantwortete Fragen häufig erst nach mehrfacher Wiederholung; kurz, sein ganzes Verhalten war disziplinargefährdend. Einige Male wurden eigenartige Zustände bei ihm beobachtet. Eines Abends geriet er ohne jede Ursache in heftige Erregung und warf einem Stubenkameraden Sachen an den Kopf. Eines Abends war er verschwunden und wurde erst am nächsten Morgen im Drillichanzug mit Pantoffeln unter Strohsäcken verborgen vorgefunden. Als ihm Vorhaltungen gemacht wurden, verübte er noch an demselben Vormittag einen Selbstmordversuch durch Erhängen. Dieser Versuch wurde aber vereitelt und H. dem Garnisonlazarett zugeführt. Die Beobachtung auf der Station bestätigte die Beobachtungen der Kompagnie. In der Tat war H. hochgradig reizbar, hatte ständig Streit mit den

anderen Kranken, wurde bei Kleinigkeiten sofort handgreiflich und zeigte sich gegenüber allen Anordnungen widerspenstig. Bei Belehrungen gab er ungebührliche Antworten; bei ernstlichen Ermahnungen bekam er die bereits geschilderten Wutanfälle, d. h. sein Gesicht rötete sich, es traten ihm Tränen in die Augen, er schimpfte, stieß Drohungen aus, schlug mit den Fäusten gegen die Wände, lief aufgeregt umher usw. Sodann war er für einige Zeit besonders mürrisch und unzugänglich. Im übrigen war er stets über Zeit, Ort, Personalien usw. orientiert, äußerte jedoch ständig wechselnde Klagen (über Schmerzen in der Brust, den Knien, den Fußgelenken usw.), ohne daß sich für diese Klagen Anhaltspunkte finden ließen. Nachts schlief er unruhig und sprach viel im Traum. Für freundlichen Zuspruch erschien er völlig unzugänglich. Auffallend war ferner bei ihm eine unverkennbare Schwerfälligkeit im ganzen Gedankenablauf.

Auf dem linken Scheitelbein zeigte H. eine leicht bogenförmige, knapp 5 cm lange, $^1/_2$ cm breite, gut verschiebliche, nicht druckempfindliche Narbe. Auf dem Hinterhaupt fand sich eine 10 cm lange, bis fast 1 cm breite, verschiebliche, teilweise angeblich druckempfindliche Narbe. Der Knochen unter der Narbe erschien leicht vertieft. Druck auf die Narbe bewirkte weder Änderung der Pupillenreaktion, noch Änderung der Herztätigkeit. Das Nervensystem zeigte ein leichtes Zurückbleiben der linken Gesichtshälfte bei Bewegungen, Abweichen der Zunge nach links, Dermographie, stellenweise übertriebene Reaktion auf Nadelberührungen.

H. wurde wegen traumatischer, psychopathischer Konstitution dauernd untauglich ohne Versorgung entlassen.

Am klarsten scheint mir der Fall III zu sein. Hier erleidet ein junger kräftiger Mann, der allerdings seit Kindheit an Bettnässen leidet und in den oberen Klassen der Schule schwer gelernt hat, im 21. Lebensjahre einen schweren Schädelunfall (Hieb mit einem Hirschfänger über den Kopf). Er wird bewußtlos, verspürt dann noch einige Tage Kopfschmerzen und zeigt nun in der Folgezeit einen eigenartigen Charakter sowie eine eigenartige Wesensänderung. Bei Hitze stellen sich „Kopfstiche" ein, es treten einige Male Schwindelanfälle mit Hinstürzen auf, ferner Schwindelgefühl beim Bücken. Beim Militär erscheint er teilnahmlos, verschlossen, interesselos, mürrisch, abgesondert von den Kameraden, unzugänglich für jegliche Beeinflussung. Er ist hochgradig reizbar, empfindlich, hat „Wutanfälle" und begeht auch einen Selbstmordversuch im Anschluß an Vorhaltungen durch einen Vorgesetzten. Sein Gedankenablauf war schwerfällig, seine Grundstimmung niedergedrückt und beeinflußt durch hypochondrische Beschwerden.

Hier haben wir das — ich möchte sagen — typische Bild der traumatisch-psychopathischen Konstitution, wie es Ziehen[46]) in seinem Lehrbuche schildert.

In dem Falle II lassen sich bereits vor dem Trauma deutliche psychopathische Eigenschaften nachweisen; in der Schule schwach begabt und träge, als Kind unruhig, ängstlich, fällt er beim Militär durch eigenartiges Wesen auf, durch Neigung zum Renommieren und Überhebung, sowie Gefasel von Davonlaufen und Totschießen. Im Streite erhält er von einem Kameraden eine Ohrfeige und begeht einen Selbstmordversuch durch Erschießen. Seitdem fallen stärkere Eigentümlichkeiten auf, den Eltern einige Wochen nach der Tat Zittern, Röte des Gesichts, Aufgeregtheit, blöder Ausdruck der Augen. Er klagte über Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schwindelgefühl, behauptete, einige Male Bettnässen gehabt und sich nächtliche Bißverletzungen beigebracht zu haben. Die Kopfschmerzen sind — nach der Darstellung des Mannes — zuweilen stärker, dann mit Ohrensausen, allgemeiner innerer Unruhe verbunden; er selbst sei dann verstimmt, es überlaufe ihn ein Kältegefühl, es werde ihm mitunter schwarz vor den Augen, es „flimmere", es drehten sich bunte Scheiben, er verspüre Summen im Ohre, Schwindelgefühl, falle aber nicht hin und werde auch nicht ohnmächtig. Während der Lazarettbeobachtung (7 Wochen) erschien er zuweilen teilnahmloser als sonst.

Auch in diesem Falle kann m. E. mit Gewißheit angenommen werden, daß durch ein Schädeltrauma (Schuß durch den Kopf) eine wohl schon früher vorhanden gewesene psychopathische Konstitution eine bestimmte Färbung, eben die einer traumatischen psychopathischen Konstitution erhalten hat.

Wesentlich anders liegt der als I geschilderte Fall. Ich will sogar zugeben, daß hier Zweifel obwalten können, ob man hier überhaupt von einer traumatisch-psychopathischen Konstitution sprechen darf.

Ein mittelmäßiger Schüler stürzt mit 12 Jahren auf einen Stein und verspürt seitdem allgemeine Kopfschmerzen.

Bei der Schwierigkeit rein schriftlicher Nachforschungen ließ sich nicht die Frage entscheiden, ob hier das Trauma eine

---

[46]) Ziehen: Psychiatrie. 3. Auflage 1908 S. 582.

Änderung der intellektuellen und moralischen Qualitäten bedingt hat. Eine — m. E. unzweifelhaft vorhandene — Imbezillität scheint mir mehr angeborener als traumatischer Natur zu sein. Beim Militär erleidet der Mann nun ein erneutes Trauma, indem ihm ein größeres Stück Eis auf den Kopf fällt. Es besteht eine Kommotio cerebri und sodann ein akutes Irresein für einige Wochen (vier). Dieses Irresein war gekennzeichnet durch Kopfschmerzen, Erschwerung und Hemmung des Denkens, Zustände von Geistesabwesenheit (leichte Dämmerzustände), ängstlich-stumpfsinniges Wesen und Sinnestäuschungen des Gesichts und Gehörs. Letztere verstand der Mann — aus ziemlich schwachsinnigen Gründen (Furcht vor kleinerem operativem Eingriff) — der Umgebung zu verbergen; ich habe jedoch keinen Grund, an ihrem tatsächlichen Vorhandensein zu zweifeln. Ich muß gestehen, daß die Bezeichnung „akutes traumatisches Irresein" etwas Unbefriedigendes hat, da diese Diagnose eigentlich nur Krankheitserscheinungen registriert. Es scheint mir jedoch nicht möglich, den Krankheitsfall einer der gewöhnlichen posttraumatischen Psychosenform einzuordnen. Es besteht weder der Korsakoffsche Symptomenkomplex noch eine Amentia, noch auch eine eigentliche Verwirrtheit. Hätten nicht Sinnestäuschungen bestanden, so würde man vielleicht eine Kommotionsneurose, wie sie Friedemann[47]) schildert, annehmen können, obgleich die sonstigen Erscheinungen meines Falles bereits wohl über das Bild einer Neurose hinausgingen. Wenn Friedemann in seinen Schlußbetrachtungen sagt, „daß die Kommotionsneurose in Wirklichkeit und hauptsächlich auf materieller Störung des Großhirns beruht" und Friedemann somit die Kommotionsneurose von der gewöhnlichen, mehr durch die „psychologischen und suggestiven Folgen des Unfalls" gekennzeichneten traumatischen Neurose abgrenzt, so gilt dieses auch von meinem Fall. Denn eine materielle Schädigung des Gehirns lag unzweifelhaft vor; das bewies u. a. auch die kalorische Untersuchungsmethode nach Barany, die während der Lazarettbehandlung eine Abnahme der Reizerscheinungen erkennen ließ. Im übrigen empfand der Mann

[47]) Friedemann: Über die materielle Grundlage und die Prognose der Unfallneurose nach Gehirnerschütterung (Kommotionsneurose). Deutsche med. Wochenschrift 1910 36. Jahrg. Nr. 15 u. 16.

auch subjektiv eine Besserung seines Zustandes. Leider habe ich infolge der Entlassung des Mannes aus dem Heeresdienste keine Kenntnis über seinen weiteren psychischen Zustand.

Diese Schädeltraumen verdienen die besondere Beachtung nicht nur von uns Militärärzten, sondern von allen Ärzten, die derartige Unfallkranke zu begutachten haben. Bei der heutigentages so ausgeprägten Rentensucht stellen diese Leute später fast stets Versorgungsansprüche. Handelt es sich um aktive Soldaten, so werden auf den äußeren Stationen der Garnisonlazarette in dem Aufnahmebefund sehr eingehend die Verletzungen geschildert, aber wohl kaum je ein psychischer und neurologischer Status erhoben. Kehren sie — von ihren äußeren Verletzungen geheilt — zur Truppe zurück, so versehen sie ihren Dienst, anscheinend unauffällig, verschweigen auch bei der Entlassung aus dem Dienste ihre eventuellen Beschwerden, da naturgemäß die Rückkehr in das Elternhaus, in das ungebundene Zivilleben lockt. Erst nach der Entlassung treten sie mit Versorgungsansprüchen hervor und es ist jetzt unendlich schwer, sich ein Bild des Unfalles und des ganzen geistigen Verhaltens in der Zeit nach dem Unfalle zu machen. Die Vorgesetzten haben die Einzelheiten des Herganges vergessen, die Kameraden sind gleichfalls entlassen und die Krankenblätter der chirurgischen Station geben über den psychischen und neurologischen Befund keine Auskunft. Die Schwierigkeiten sind unter Zivilverhältnissen noch weit größer als beim Militär, und es haben Otologen ja bereits Resolutionen gefaßt über möglichst frühzeitige Hinzuziehung eines Ohrenarztes nach Unfällen, sowie einen Fragebogen für Schädelverletzte aufgestellt, wie Hirsch[48]) in seinem instruktiven Übersichtsreferat schildert. Ich finde allerdings, daß der psychische und neurologische Befund in den erwähnten Fragebogen, z. B. in dem von Frey[49]), zu kurz kommt. Für militärische Verhältnisse möchte ich einen Fragebogen vorschlagen, der folgende — am zweckmäßigsten vorgedruckte — Punkte zu umfassen hätte:

1. Schilderung des Unfalles selbst sowie des Verhaltens des

---

[48]) Hirsch: Zur Unfallbegutachtung Schädelverletzter. Münch. mediz. Wochenschrift 1912 59. Jahrg. Nr. 22 und 23.

[49]) Frey: Monatsschrift für Ohrenheilkunde Bd. 44 S. 965, zit. nach Hirsch.

Mannes unmittelbar nach dem Unfall. (Bewußtlosigkeit? Dauer? krankhafte Erscheinungen?)

2. Verhalten nach dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit. Wurden Fragen richtig aufgefaßt? War der Mann klar oder verwirrt? Führte er eigenartige oder auffällige Reden? Beging er bestimmte oder sonderbare Handlungen? Bestand Erbrechen? Äußerte er bestimmte Klagen, z. B. über Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Ohrensausen?

   Die vorstehenden Fragen wären durch die Truppe auszufüllen!

3. Verhalten bis zur Einlieferung in das Lazarett. Puls (besondere Zahl). Reaktion der Pupillen. Geistiges Verhalten (klar, verwirrt, benommen?). Klagen des Mannes! Auszufüllen durch den herbeigerufenen Sanitätsunteroffizier. Falls ein Arzt — bei länger dauernder Bewußtlosigkeit — hinzugerufen wird, kurzer Befund über das psychische Verhalten sowie Reflexe.

4. Nach Einlieferung in das Lazarett (unabhängig von dem Unfallsbefunde und den chirurgischen Maßnahmen):
   a) kurzer psychischer Status: klar, benommen, verwirrt? Angeblicher Grund der Einlieferung? Erinnerung für den Unfall, die Zeit vorher, die Zeit nachher?
   b) Klagen?
   c) Kurzer neurologischer Befund (Pupillen, Reflexe, Gleichgewichtsstörungen, Zittern, Ataxie, Gang, oberflächliche Sensibilitätsprüfung.)
   Möglichst bald nach der Aufnahme:
   d) fachärztliche Ohrenuntersuchung; falls ein Otologe nicht am Orte vorhanden ist, hat wenigstens eine Untersuchung der Trommelfelle zu erfolgen.

Bei der Entlassung des Mannes aus der Lazarettbehandlung hätte die gleiche Untersuchung nach den Punkten a bis d nochmals in Kürze zu erfolgen. Besonders ausführlich wären die Klagen des Mannes zu notieren. Ich würde es auch für wünschenswert halten, daß eine kalorische Untersuchung nach B a r a n y möglichst grundsätzlich vor Entlassung von Schädeltraumatikern aus dem Lazarett erfolgt. Gerade die Aus-

führungen von Rhese[50]) haben uns die Bedeutung dieser Methode bei Schädeltraumen gezeigt.

Ich würde es für bedenklich halten, den Mann nun sehr bald wieder zu untersuchen, da Gefahr besteht, daß durch zu häufige Untersuchungen dem Manne der Gedanke suggeriert wird, er sei noch krank oder aber es würden vom Arzte nachteilige Folgen von dem Unfalle vorausgesetzt.

Etwa zwei bis drei Monate nach der Entlassung des Mannes aus dem Lazarett hätte der Truppenarzt von dem Truppenteil Beantwortung folgender Fragen zu fordern:

1. Erscheint X. seit dem Unfalle in geistiger oder moralischer Hinsicht verändert? [Aufmerksamkeit, Auffassungsvermögen im Unterricht? Leistungen im praktischen Dienste? Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle? Stimmung (reizbar, launisch, niedergedrückt, auffallend wechselnd)?]
2. Verhalten nach Alkoholgenuß? Intoleranz oder pathologische Reaktion?)
3. Klagen bestimmter Natur?

Auf Grund dieser Auskunft hätte der betreffende Truppenarzt eine kurze neurologische Untersuchung vorzunehmen und sich besonders die Frage der Dienstunfähigkeit vorzulegen. Sind schwere oder überhaupt noch deutliche Folgen des Unfalls vorhanden, so würde ein weiteres Belassen des Mannes im Dienst wegen der Gefahr einer Verschlimmerung bedenklich sein. Wären — nach dem Bericht des Truppenteils und nach der eigenen Untersuchung — event. unter erneuter kalorischer Untersuchung nach Barany — die von dem Unfalle zurückgebliebenen Folgezustände kaum nennenswert oder überhaupt nicht vorhanden, so hätten wir einwandsfreie Grundlagen bei späteren Ansprüchen des Mannes, würden natürlich auch keine Bedenken haben, den Mann im Dienste zu belassen.

Bei der Entlassung eines Traumatikers aus dem aktiven Dienst wäre dann gleichfalls eine kurze Untersuchung vorzunehmen und eine Notiz über den Befund den Akten beizufügen.

---

[50]) Rhese: Die Verwertung otologischer Untersuchungsmethoden bei der Begutachtung Kopfverletzter. Medizin. Klinik 1911 VII. Jahrg. Nr. 7.

Ich bin mir sehr wohl bewußt, daß der von mir vorgeschlagene Modus umständlich erscheint, sowie scheinbar eine größere Arbeitslast mit sich bringt. Aber ich bin überzeugt, daß wir auf Grund der nach meinem Vorschlage untersuchten und kontrollierten Mannschaften ohne Schwierigkeiten so manchen Rentenjäger zurückweisen können, also an anderer Stelle wieder umfangreiche Ermittelungen und kommissarische Untersuchungen sparen. Wir werden vor allem m. E. nicht selten finden, daß wir es nicht mit Kommotionsneurosen zu tun haben, sondern mit traumatischen Neurosen, die nicht durch das Trauma, sondern die psychologischen und suggestiven Folgen des Unfalls bedingt sind.

Alkoholische Geistesstörungen.

Dieser Gruppe sind von meinem Material neun Personen zuzurechnen. Es handelt sich um einen Offizier, vier Unteroffiziere, vier Mannschaften; von diesen neun Personen waren sechs gerichtliche Fälle (ein Offizier, drei Unteroffiziere, zwei Mann).

a) Chronischer Alkoholismus lag bei einem Sergeanten (Hilfshoboist im zehnten Dienstjahre) vor. Dieser hatte im siebenten bis achten Lebensjahre infolge Sturz auf den Kopf, 1 1/2 m hoch, eine Gehirnerschütterung durchgemacht und litt seitdem an zeitweiligen leichten Schwindelanfällen. Er war in der Schule mäßig begabt und wurde später Musiker, erst im Zivil, dann beim Militär. Er war jahrelanger ziemlich starker Bier- und Schnapstrinker. Es war in der letzten Zeit bei der Truppe sein gleichgültiges Wesen aufgefallen, seine Vernachlässigung, eine allgemeine Abstumpfung in geistiger und ethischer Hinsicht. Nach einer durchspielten Nacht, in der er stark getrunken hatte, genoß er morgens erneut mehrere Gläser Bier, war angetrunken und entfernte sich von der Truppe, wobei er über die russische Grenze geriet. Das Verfahren gegen ihn wurde eingestellt. Anhaltspunkte für eine Epilepsie oder Paralyse fanden sich nicht. Er wurde dienstunbrauchbar entlassen.

b) Sinnlose Betrunkenheit lag bei dem Offizier vor (Wachtvergehen), sowie bei einem Wachtmeister (im zwölften Dienstjahre). Der Offizier nahm seinen Abschied, der Wachtmeister ist dienstfähig geblieben.

c) Alkoholepilepsie wurde bei einem Musketier im zweiten

Dienstjahre diagnostiziert. Er stammte ab von einem trunksüchtigen Vater, der an mehrfachem Delirium und Krampfanfällen gelitten hatte, sowie von einer „nervösen" Mutter. In der Schule sowie später in seinem Berufe (er war Glasmacher!) litt er häufiger an Kopfschmerzen sowie an leichtem Schwindelgefühl (durch Ermittelungen bestätigt). Er will auch an Herzklopfen, Stichen in der Herzgegend sowie Nasenbluten bei der Arbeit gelitten haben. Krampf- oder Ohnmachtsanfälle sind weder ihm selbst noch der Umgebung bekannt. Nach einem größeren Alkoholexzeß beim Militär bekam er einen Krampfanfall mit anschließendem Tobsuchsanfall. Da er sonst ein nüchterner, zuverlässiger Soldat war und selbst großen Wert darauf legte, weiter zu dienen, wurde er dienstfähig entlassen, hat auch seine aktive Dienstzeit anstandslos beendet. Für eine Epilepsie boten sich — m. E. — nicht genügende Anhaltspunkte.

d) Pathologischer Rauschzustand (zwei Unteroffiziere, beide gerichtlich eingewiesen, drei Mannschaften, davon zwei gerichtlich eingewiesen), im ganzen fünf Personen.

Ich habe alle fünf Fälle unter die Rubrik „alkoholische Geistesstörungen" gerechnet, obgleich sich dieses wissenschaftlich nicht rechtfertigen läßt. Denn wir werden uns nie bei der Diagnose „pathologischer Rausch" begnügen, sondern nach der zugrunde liegenden psychischen oder nervösen Krankheit bezw. Anomalie forschen, die eben den Rausch zu einem krankhaften macht. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend war der pathologische Rausch zurückzuführen:

α) bei einem Unteroffizier auf eine Dementia praecox;
β) bei dem zweiten Unteroffizier auf chronischen Alkoholismus, der wiederum bedingt war durch die Haltlosigkeit, die psychopathische Konstitution des Mannes,
δ) bei den drei Mannschaften gleichfalls auf eine psychopathische Konstitution.

Der ersterwähnte Unteroffizier, abstammend von einer nervösen, sehr aufgeregten Mutter, war bereits als Kind sehr reizbar, aufgeregt gewesen, hatte nachts im Schlafe aufgeschrien, war auch nachtgewandelt. In der Schule war er vergeßlich und hatte schlecht gelernt. Auf der Unteroffizierschule hatte er sich auffällig abgesondert, „an Niedergeschlagenheit" gelitten, war ungeschickt, vorlaut, kindisch. Auf der Unteroffizierschule war aufgefallen sein Gesichterschneiden

und häufiges Vorsichhinstieren. Die Truppe, bei der er erst ganz kurze Zeit war, schildert ihn als: trübsinnig, scheu, schwerfällig; es werden ferner erwähnt Neigung sich abzusondern, die völlig ungenügenden Leistungen, die schwerfällige Auffassungsgabe, die hochgradige Vergeßlichkeit, apathisches, dahindämmerndes Wesen, zeitweiliges Gesichtszucken, Herausstecken der Zunge, Schlenkern der Arme und Flackern der Augen. Er hatte einen völlig törichten Einbruchsdiebstahl in angetrunkenem Zustande gemacht und war erregt, verwirrt geworden, hatte auch Sinnestäuschungen gehabt. Das Verfahren wurde eingestellt und er als dienstunbrauchbar entlassen.

Der zweite Unteroffizier stammte von einem Trinker, der zehn Jahre hindurch an Krämpfen gelitten hatte. Zwei Brüder des Patienten sind Säufer, ein Bruder hatte in der Kindheit Krämpfe. Die Mutter heißt „die Zigeunerin" und litt während der Schwangerschaft an „Kopfschwindel". Als Kind hatte Patient einen Schädelunfall (durch Steinwurf) mit folgender Bewußtlosigkeit. Mit 13 Jahren litt er an „Krämpfen". Der Lehrer bezeichnet ihn als „haltloses Zigeunerblut" (der Unteroffizier zeigte äußerlich einen ausgesprochenen Zigeunertyp). Auf der Unteroffizierschule hatte er gut gelernt, war jedoch etwas gleichgültig, auch leichtsinnig. Bei der Kompagnie war sein häufiger Stimmungswechsel, der Wechsel zwischen erregtem und dann wieder gleichgültigem Wesen aufgefallen, der Mangel von Liebe und Anhänglichkeit an Eltern und Lehrer. Vor allem aber war er völlig haltlos dem Alkohol gegenüber, beging zahlreiche Straftaten, gelobte schluchzend und weinend Besserung, um sofort wieder rückfällig zu werden. „Er trank bis zur Sinnlosigkeit." Im Rausche war er zeitweise hochgradig erregt, „tobte", „benahm sich wie ein Wilder", litt an Personenverkennung, hatte auch Sinnestäuschungen. Für Zuspruch war er völlig unzugänglich; dieser steigerte nur noch seine Erregung. Er hatte sich einen Offiziermantel angezogen, in einem Lokal Streit bekommen, auch den Posten gröblich beschimpft. Das Verfahren wurde — da nach den Zeugenaussagen ein krankhafter Rausch mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden konnte — eingestellt und der Unteroffizier als dienstunbrauchbar entlassen.

Die drei Soldaten des Mannschaftsstandes waren sämtlich erblich belastet und zeigten bereits vor dem Diensteintritt sowie beim Militär deutliche psychopathische Züge. Zwei litten an ausgesprochen krankhaften Rauschzuständen, beide mit Personenverwechslung, völlig verändertem Wesen und plötzlichen gewaltsamen motorischen Entladungen; die Verwirrtheit unter Alkoholwirkung war auch Zeugen aufgefallen. Bei dem letzten konnte es vielleicht zweifelhaft sein, ob nicht nur eine sinnlose Betrunkenheit vorlag. Jedoch auch der Rausch dieses Mannes zeigte krankhafte Züge.

Die beiden angeklagten Soldaten wurden auf Grund meines

Gutachtens freigesprochen. Von den drei Soldaten wurden zwei als dienstunbrauchbar entlassen, der dritte (ein Militäranwärter) blieb dienstfähig.

In seiner vorzüglichen Arbeit: „Die akute Trunkenheit und ihre strafrechtliche Begutachtung" hat Stier[51]) graphisch gezeigt, daß für die Preußische Armee die Zahl der Zugänge an Alkoholvergiftung in die Lazarette seit dem Berichtsjahre 1886/87 ständig abgenommen hat und im Berichtsjahre 1903/04 0,75 auf 10 000 Mann Kopfstärke ausmachte. Die Zahl der Zugänge in den Lazaretten an Alkoholvergiftungen betrug 1907 nur noch den fünften Teil der Zugangszahl vor 20 Jahren. Die Militärverwaltung ist ständig bemüht, dem Alkoholmißbrauch immer mehr und mehr zu steuern, ein Bestreben, das in nichtmilitärischen Kreisen wohl kaum genügend bekannt sein dürfte. Aus eigener Erfahrung möchte ich z. B. berichten, daß auf dem Truppenübungsplatz Posen sich die Einrichtung einer „Milchhalle", eines geschmackvollen Holzhäuschens in nordischem Stil mit Gartenanlagen, in dem nur alkoholfreie Getränke — vorzugsweise Milch, Buttermilch, dicke Milch usw. — verschänkt werden, glänzend bewährt hat und daß auch in den „Kantinen" die Nachfrage nach Milch, Selterwasser mit und ohne Fruchtsaftzusatz, nach den ganzen „Brausen" ständig steigt, ebenso wie die Nachfrage nach Obst. Immerhin ist die Zahl der Ausschreitungen und Straftaten, die auf Alkoholmißbrauch zurückzuführen sind, immer noch beträchtlich. Dem widerspricht scheinbar die geringe Zugangszahl von nur neun Alkoholkranken auf meiner Station. Berücksichtigt man jedoch, daß unter neun Zugängen sechs gerichtliche Fälle sind, so ist dieser Prozentsatz immerhin noch recht beträchtlich. Becker[52]) berichtet, daß die allgemeine Zugangszahl auf der Station für Nerven- und Geisteskranke des Garnisonlazaretts I Metz-Stadt im Berichtsjahre 1910/1911 402 Personen betrug; gerichtlich zu begutachten waren 53 Fälle, darunter zehn wegen Alkoholdelikten, also gleichfalls ein recht beträchtlicher Prozentsatz.

---

[51]) Verlag von Gustav Fischer, Jena 1907, S. 32.

[52]) Becker, Th. Aus der Praxis der Begutachtung von Alkoholdelikten. D. Militärärztl. Zeitschr. 1912 41. Jahrg. Heft 11.

Was die Begutachtung von Alkoholdelikten anbelangt, so gehört — wie Becker und Stier ebenfalls betonen — diese Aufgabe des psychiatrischen Sachverständigen zu der schwierigsten und verantwortungsvollsten, oft ja auch zu der unerfreulichsten. Erleichtert wird uns vielleicht in Zukunft diese schwierige Aufgabe dadurch, daß das Verständnis der Militärjuristen für die Alkoholgeistesstörungen im Wachsen begriffen ist. Die militärischen Gerichte — wenigstens die mir dienstlich bekannten — ziehen den Sachverständigen mehr als früher zu den Verhandlungen über Alkoholdelikte hinzu, oft ohne vorherige Anordnung einer fachärztlichen Beobachtung. Es wird ja dem Sachverständigen auch nicht selten lediglich auf Grund der Verhandlung möglich sein, bei Alkoholstraftaten ein Urteil abzugeben. Ich kann — gleich Stier [53]) — aus meiner Erfahrung bestätigen, daß die Gerichte mehrmals in Fällen, in denen die Bedingungen des § 51 meines Erachtens noch nicht ganz zutrafen, über mein Votum hinausgehend, Exkulpierung eintreten ließen. „Ich betone dies ausdrücklich, weil gerade über die Stellung der Militärgerichte zu § 51 im allgemeinen und zur Frage der Trunkenheit im besonderen vielfach falsche Anschauungen verbreitet sind." Fälle, in denen die Richter ihre eigenen Erfahrungen über den Geisteszustand unter Alkoholwirkung für beweisender und ausschlaggebender hielten als die Ansichten und Darlegungen des Sachverständigen, habe ich eigentlich nie erlebt.

Mit einigen Worten möchte ich noch auf den Alkoholversuch eingehen, da ich bei allen meinen fünf Fällen von pathologischem Rauschzustand einen Alkoholversuch gemacht habe. Man kann ja — wie ich ohne weiteres zugebe — über den Wert oder Unwert dieses Versuches sehr streiten. Sicherlich lassen sich bei dem Versuche auf einer Krankenstation niemals auch nur annähernd dieselben Bedingungen schaffen als sie z. B. bei einer Straftat bestanden. Andererseits aber scheinen mir nicht alle Einwendungen, die gegen den Versuch gemacht werden, stichhaltig. Sich lediglich aus den Zeugenaussagen ein Bild zu machen, ist oft kaum möglich, da zuweilen sich Zeugen nicht ermitteln lassen, die Bekundungen sich

---

[53]) Stier: an erwähnter Stelle S. 69.

häufig direkt widersprechen und überdies nur zweifelhaften Wert haben infolge der Betrunkenheit der Zeugen selbst. Gesundheitsschädigungen infolge des Alkoholversuchs sind gleichfalls bei unsern jungen, kräftigen Leuten auszuschließen, wenn man im Lazarett, unter ärztlicher Aufsicht und Bewachung, nach vorheriger eingehender Untersuchung des Herzens den Versuch anstellt. Sicherlich ist man nicht berechtigt, ohne Wissen und Einwilligung der Versuchsperson das Experiment zu machen; jedoch ist wohl nichts besonders Schlimmes darin zu erblicken, wenn die Genehmigung gelegentlich nicht ausdrücklich eingeholt wird, denn der Versuch geschieht im eigenen Interesse des zu Beobachtenden, bringt im übrigen ja auch keine nachteiligen Folgen mit sich. Die Schlußfolgerung, daß ein Mensch bei einem Alkoholversuch pathologisch reagiert hat, mithin bei jedem Alkoholdelikt als straffrei im Sinne des § 51 zu betrachten sei, wäre völlig verfehlt, wird ein gewissenhafter Sachverständiger auch nie ohne weiteres ziehen. Der Nutzen des Versuchs liegt jedoch darin: Wir werden häufig eigenartige Erscheinungen des Rausches feststellen und ohne große Schwierigkeiten nachweisen können, daß auch bei der Begehung der Straftat sich dieselben krankhaften Züge des Rausches finden. Daß ein Alkoholversuch im übrigen lege artis anzustellen ist, ist selbstverständlich, ebenso, daß man sich mit dem negativen Ausfall eines Versuches bei Darreichung einer kleinen Menge nicht begnügen, vielmehr die Dosis bei einem darauffolgenden Versuch steigern soll. Im übrigen sei hinsichtlich Alkoholversuchen an Militärpersonen auf die Arbeit von Jüttner[54]) hingewiesen, der sich selbst sowie die damalige Cramersche Göttinger Klinik als Anhänger des Alkoholversuchs bekennt.

Von großer Bedeutung scheint mir eine Bestimmung, die, wie Mattauschek[55]) berichtet, in der österreichisch-ungarischen Armee wenigstens teilweise besteht. Von dem I. Korps-

---

[54]) Jüttner: Beobachtungsergebnisse an Grenzzuständen aus Armee und Marine. Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1911 40. Jahrg Heft 18.

[55]) Mattauschek: Über die forensische Beurteilung akuter Rauschzustände vom Standpunkt des Militärstrafgesetzes. Wiener klinische Wochenschr. 1906 Nr. 17, ref. von Stier in Deutsche militärärztlicher Zeitschrift 1907 Heft 13 S. 554.

kommando in Krakau ist bereits mehrere Jahre vor 1906 verfügt worden, daß in Anbetracht der großen strafrechtlichen Wichtigkeit der akuten Trunkenheitszustände bei jeder Einlieferung eines trunkenen Mannes in das Lazarett sofort eine genaue Untersuchung des körperlichen und geistigen Zustandes vorgenommen und schriftlich niedergelegt werden muß und daß dabei auf die Untersuchung der Pupillenreaktion ein besonderer Wert zu legen ist. Eine gleiche Bestimmung hat (vor 1906) das K. K. Landwehrkommando in Graz erlassen. Stier sagt bei Besprechung der Arbeit von Mattauschek: „Durch die fragliche Untersuchung wird eine nachträgliche Begutachtung der Art und Intensität des Rausches ganz wesentlich erleichtert, da dann dem Gutachter doch einige ärztliche Beobachtungen über den Rauschzustand selbst oder wenigstens den geistigen Zustand unmittelbar nach dem Abklingen des Rausches als Grundlage für sein Gutachten zur Verfügung ständen. Vielleicht würde auch bei uns eine entsprechende Verfügung von Nutzen sein; eine nennenswerte Mehrbelastung der Ärzte dürfte dadurch kaum zu befürchten sein, da die Zahl der wegen Trunksucht ins Lazarett aufgenommenen Soldaten bei uns sehr gering ist."

Über die segensreiche Wirkung einer generellen Durchführung dieser Anregung von Stier bedarf es keiner weiteren Worte. Ich möchte sogar noch weiter gehen als Stier und dringend befürworten, mehr als bisher jeden Soldaten, der in der Trunkenheit irgendwelche Ausschreitungen usw. begangen hat und festgenommen wurde, sofort dem Lazarett zu überweisen. Dadurch, daß jetzt fast jedes, selbst kleine Lazarett, eine sogen. Geisteskrankenzelle besitzt, ist dafür gesorgt, daß Selbstbeschädigungen des Mannes, vor allem aber auch Entweichungen verhindert werden können, so daß auch in forensischer Hinsicht keine Bedenken gegen meinen Vorschlag bestehen dürften. Die Unterlagen, die wir auf diese Weise für unsere Gutachten erhielten, wären höchst bedeutungsvoll.

Über die verbleibenden Fälle kann ich mich wesentlich kürzer fassen.

Paranoia chronica (Verrücktheit).

Faßt man den Begriff chronische Paranoia in den von Kraepelin eng und scharf umschriebenen Grenzen, so ist

sie ja an und für sich weniger häufig als die übrigen Psychosen. Kraepelin erwähnt, daß nach seinen Erfahrungen „lange nicht 1% der Aufnahmen" zu dieser Erkrankungsform gehören. Berücksichtigt man ferner, daß die Paranoia chronica vorzugsweise eine Erkrankung des dritten bis vierten Lebensjahrzehnts ist, so nimmt es kein Wunder, daß sie beim Militär eine recht seltene Erscheinung ist. Ich verfüge nur über einen Fall und erinnere mich, bisher nur sehr spärliche, kaum nennenswerte Fälle zu Gesicht bekommen zu haben. Zumeist wird es sich um erst in der Entwicklung begriffene Fälle handeln, also um Fälle, in denen leichte Verstimmungen, Mißtrauen, unbestimmte körperliche Beschwerden, hypochondrische Befürchtungen, Gefühl der Zurücksetzung, der Beeinträchtigung usw. bestehen. Ich glaube, derartige beginnende Fälle werden wohl nur ganz ausnahmsweise zur Beobachtung gelangen. Allenfalls führen gelegentlich die erwähnten körperlichen Beschwerden zu einer Krankmeldung, werden dann aber wohl nie den Verdacht auf eine sich entwickelnde Paranoia erwecken, um so weniger, da der Kranke in seinem Mißtrauen sicherlich nie dem Arzte sein ganzes Innenleben enthüllt. Es mag also — möglicherweise — mancher beginnende Paranoiker unerkannt und ohne anzustoßen seiner Dienstpflicht genügen. Jedoch selbst wenn er in fachärztliche Beobachtung kommt, wird es schwer, oft unmöglich sein, das Krankheitsbild richtig zu deuten. Hoche[56]) betont, daß die Paranoia häufig, wenn auch nicht ausschließlich auf dem Boden der Entartung erwächst; „jedenfalls zeigen viele der hierher gehörigen Kranken einzelne geistig abnorme Züge, Charaktereigenschaften usw., die bis in die Jugend zurückverfolgt werden können". Eine Unterscheidung von einer psychopathischen Konstitution wird in diesem Stadium also oft kaum möglich sein.

Wesentlich schwieriger liegen die Verhältnisse bei Verstößen dieser Leute gegen die militärische Disziplin. Meist wird es sich bei diesen in der Entwicklung begriffenen Fällen um

---

[56]) Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. 2. Auflage. Berlin 1909. Teil II B: Spezielle gerichtliche Psychopathologie (von Hoche), S. 621.

Affekthandlungen, z. B. wörtliche oder tätliche Beleidigungen handeln, also um relativ harmlose Straftaten für das Zivilleben. Derartige Handlungen ziehen beim Militär aus völlig selbstverständlichen Gründen der Disziplin jedoch weit schwerere Konsequenzen nach sich. Besonders gilt dieses für die Fälle, in denen sich der betreffende Soldat durch Vorgesetzte für rechtlich benachteiligt hält. Bei unsern meist erst in der Entwickelung begriffenen Fällen wird die Frage, ob es sich um einen geistesgesunden oder geisteskranken Querulanten handelt, stets recht schwer sein.

„Man kann[57]) im allgemeinen (mit Aschaffenburg) zunächst geistesgesunde und geisteskranke Querulanten unterscheiden; die ersteren zerfallen wieder in die Gruppe der Krakehler, die bei wechselnden Objekten, aber dauernd und lebhaft querulieren, und die der harten Köpfe, die im Anschluß an tatsächlich oder vermeintlich erlittenes Unrecht den „Kampf ums Recht" führen, nicht geisteskrank werden, belehrbar bleiben und aus vernünftigen Erwägungen heraus Frieden schließen können, jedenfalls aber ruhig werden, falls sie in ihrer Sache obsiegen (ein Umstand, der beim paranoischen Querulanten eine Ruhepause, aber keine definitive Beruhigung herbeiführt). Unter den geisteskranken Querulanten finden sich einmal die typischen Fälle querulierender Paranoia mit den oben skizzierten Eigentümlichkeiten und zweitens die der Zahl nach zweifellos häufigeren querulierenden Kranken mit anderen Formen psychischer Anomalie. Wir finden darunter Fälle von zirkulärem Irresein (mit querulierenden Neigungen in den leichteren Zuständen manischer Erregung), Fälle von Hysterie (Überempfindlichkeit, mangelnde Entwicklung sittlicher Gefühle und Vorstellungen, speziell eines wirklichen Rechtsgefühls), Fälle von Epilepsie (Reizbarkeit, Pedanterie, Unbelehrbarkeit) und die große Gruppe der Schwachsinnigen und sonstigen psychopathischen Persönlichkeiten. Gerade bei diesen letzteren pflegt die Abgrenzung gegenüber der typischen querulierenden Paranoia die größten Schwierigkeiten zu machen, und sicherlich bleibt sie in vielen Fällen eine willkürliche.

Die Sache liegt also so, daß das Querulieren an sich als diagnostischer Gesichtspunkt sehr wenig besagen will".

[57]) Hoche, S. 640.

Bei der großen Verschiedenheit in der Auffassung des Paranoiabegriffs erscheint es mir ganz unmöglich, statistische Angaben zu verwerten. Ich möchte nur darauf hinweisen, daß im Sanitätsbericht 1909 bis 1910 unter 249 eingehender verarbeiteten Psychosen die Diagnose: chronische Verrücktheit sechsmal und die Diagnose: religiöser Wahnsinn einmal sich findet; im Sanitätsbericht 1910 bis 1911 wird unter 224 Psychosen die Diagnose Paranoia chronica halluzinatoria zweimal, die Diagnose Paranoia combinatoria gleichfalls zweimal erwähnt.

Endogene Nervosität und erworbene Neurasthenie.

Zu dieser Gruppe gehören fünf Fälle (vier Unteroffiziere und ein Offizier).

Der Fall des Offiziers (Hauptmann) bietet nichts interessantes; er hat sich freiwillig aufnehmen lassen, um ein bestimmtes Urteil über seinen Geisteszustand zu erhalten. Er hatte verschiedene hypochondrische Befürchtungen und suchte auf meinen Rat ein Sanatorium auf. Später nahm er seinen Abschied.

Die vier Unteroffiziere standen sämtlich in höherem Dienstalter, nämlich im zehnten, elften, dreizehnten, vierzehnten Dienstjahre. Zwei waren gerichtlich eingewiesen, der eine (im vierzehnten Dienstjahre stehende) wegen einer Achtungsverletzung, der andere (im zehnten Dienstjahre) wegen Mißhandlung von Untergebenen. Ausscheiden muß eigentlich einer, der vierte, ein im dreizehnten Dienstjahre stehender Feldwebel. Bei diesem handelte es sich um eine beginnende Gehirnerweichung, an der er inzwischen verstorben ist. Er wurde während meiner Beurlaubung beobachtet, mein Vertreter wagte es jedoch nicht, mit Bestimmtheit die Diagnose: progressive Paralyse zu stellen, so daß der Patient leider unter der Bezeichnung Neurasthenie durch unsere Listen geht.

Alle drei Fälle bieten nichts Besonderes. Nur möchte ich auf die großen Schwierigkeiten hinweisen, die eine Feststellung von nervösen Erscheinungen bereits aus der Zeit vor dem Diensteintritt bereitet. Aus leicht begreiflichen Gründen hat jeder ältere Unteroffizier das Bestreben, seine Beschwerden als eine Folge der dienstlichen, jahrelangen Anstrengungen hinzustellen

und sich selbst als einen völlig gesunden Menschen beim Eintritt in das Heer. Nur bei einem der drei gelang es mir, bereits für die Pubertät nervöse Zeichen zu ermitteln, obgleich ich bei allen dreien den Verdacht einer endogenen Nervosität hatte.

Von den dreien wurden zwei als dienstfähig entlassen, der dritte zur Halbinvalidenabteilung versetzt. Auf die praktischen Gesichtspunkte bei der Beurteilung der Dienstfähigkeit von Unteroffizieren und Mannschaften, die an Neurasthenie bezw. Nervosität leiden, habe ich bereits an anderer Stelle hingewiesen. [58])

Hysterie.

Ich verfüge über vier Kranke (einen Offizier, zwei Soldaten des ersten Dienstjahres und einen ehemaligen Soldaten, der zur Klärung seiner Rentenansprüche eingewiesen war.)

Der Offizier (älterer Oberleutnant), ein von Geburt an nervöser Mensch mit jahrelang bestehenden hysterischen Zügen, hatte nach einer großen seelischen Erregung eine hysterische Lähmung beider Beine erlitten. Er wurde bedeutend gebessert entlassen und erholte sich dann völlig, nahm jedoch auf ärztlichen Rat seinen Abschied.

Die beiden Soldaten des ersten Dienstjahres wurden als dienstunbrauchbar ohne Versorgung entlassen. Ihre Krankheitsgeschichte bietet gleichfalls nichts interessantes dar.

Kurz erwähnen, weil bedeutungsvoll, will ich aber den letzten Fall, den ehemaligen Soldaten.

H., ehemaliger Musketier, Arbeiter, früher Koch, geboren am 2. Januar 1880.

Ehelich geboren, Vater an Lungenentzündung, Mutter an Kehlkopfleiden gestorben. Als Kind Diphtherie. Nach Ermittelungen keinerlei erbliche Belastung. Normale Entwicklung in der Kindheit. War ängstlich und hatte ein unruhiges Wesen, entwickelte jedoch gute geistige Leistungen in der Schule. Vor der Militärzeit angeblich gute Leistungen. Wird als gutmütiger und williger, aber sehr leichtsinniger und liederlicher Mensch geschildert, trank gern und war wenig beeinflußbar in Güte oder Strenge. In seinem Anzug auch sehr unsauber.

1900 bis 1902 aktive Dienstzeit. Leistungen waren befriedigend, auch gleichmäßig, d. h. solange er nichts getrunken hatte. Drei

---

[58]) Psychische Grenzzustände und Dienstfähigkeit. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1913 Heft 7.

Monate nach dem Diensteintritt am Morgen nach der Kaisergeburtstagsfeier bei der Rückkehr von der Latrine nach eigener Darstellung durch eine Pendeltür infolge eines starken Windstoßes einen heftigen Schlag gegen den Hinterkopf, so daß er getaumelt und schwindelig geworden sein will. (Keine Zeugen, lediglich eigene Angaben des H.) Er nahm an der darauffolgenden Instruktionsstunde teil, schwitzte jedoch stark, klagte auch über Schwindelgefühl, so daß er wegtreten und sich ins Bett legen durfte. Noch an dem gleichen Tage Lazarettaufnahme. Hier war er vollkommen klar, zeigte auch keinerlei Veränderungen des Nervensystems. Die Kopfschmerzen schwanden, so daß H. am sechsten Tage wieder dienstfähig entlassen wurde. Er erfüllte sodann den Rest seiner Dienstzeit (1 3/4 Jahre). Bei der Entlassung (Oktober 1902) ist ausdrücklich vermerkt, daß keinerlei Störungen nachweisbar sind. Im zweiten Dienstjahre soll er liederlich und unzuverlässig geworden sein. Es wurde jedoch ausdrücklich (bei einer späteren Anfrage) von dem Kompagniechef erwähnt, daß dieses wohl nicht auf seinen Gesundheitszustand zurückzuführen sei, sondern darauf, daß er sich als Kommandoschreiber mehr der Aufsicht entziehen konnte. Krank gemeldet hat er sich während seiner weiteren Dienstzeit jedenfalls nicht, ist auch nicht ärztlich behandelt worden. Er wurde auch nach vollendeter Dienstzeit gesund entlassen. Jetzt behauptet er, seit dem Unfall heftige Kopfschmerzen, auch Schwindelgefühl verspürt zu haben, ferner erregt und reizbar geworden zu sein. Er will ferner nach der Entlassung vom Militär ständig in einer Ecke gesessen, gegrübelt und geweint haben, mehrfach aus unbedeutenden Anlässen davongelaufen, kopflos und mutlos geworden sein, so daß er seinen Beruf als Koch aufgeben mußte. Ein Hotelbesitzer, bei dem H. vor und nach der Dienstzeit tätig war, gab an, die beruflichen Leistungen seien auch nach der Dienstzeit durchaus zufriedenstellend gewesen, jedoch habe H. zum Trunke geneigt und in seinen körperlichen Leistungen nachgelassen. Von 1903 bis 1910 wurde H. im ganzen achtmal gerichtlich bestraft, zweimal wegen Diebstahls, zweimal wegen Rückfalldiebstahls, sonst wegen Bettelns, Arbeitslosigkeit usw. Im April 1910 behauptete er, seine strafbaren Handlungen in einem Zustand von Bewußtseinstrübung begangen zu haben. Er wurde deshalb im Juli 1910 einer Irrenanstalt zur Beobachtung überwiesen. Jetzt, also neun Jahre nach dem Unfall, behauptet er zum ersten Mal, sein Leiden sei die Folge des Unfalls beim Militär, behauptet auch ferner, nach dem Unfall Erbrechen gehabt zu haben, während nach dem Unfall ausdrücklich im Krankenblatt vermerkt war: „Brechreiz bestand nicht." In der Anstalt wurde eine traumatisch-hysterische Geistesstörung und als Ursache der Unfall beim Militär angenommen.

Das Gutachten kam zu dem Schluß, daß H. strafrechtlich nicht verantwortlich zu erachten sei. Der gerichtlich bestellte Pfleger des H. stellte Versorgungsansprüche, worauf H. zur kommissarischen Begutachtung der Station überwiesen wurde. In dem Gutachten wurde ausgeführt, daß H. bereits vor dem Diensteintritt ein Psychopath ge-

wesen sei und sich bei ihm später eine Hysterie entwickelt habe. Es wurde ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem jetzigen bestehenden Leiden mit dem zweifelhaften Unfall beim Militär abgelehnt. Es wurde in dem Gutachten darauf hingewiesen, daß H. keine Zeugen für seinen Unfall habe, die ganze Entstehungsgeschichte (der Schlag mit der Pendeltür gegen den Hinterkopf) ganz unwahrscheinlich sei. Wahrscheinlicher sei vorangegangener Alkoholgenuß (Tag nach Kaisers Geburtstag!) und einfaches Hinstürzen. H. habe ferner eine ganze Anzahl Narben auf dem Kopf, über deren Herkunft er keine Angaben machen konnte. H. habe 1 $^3/_4$ Jahre nach der angeblichen dienstlichen Verletzung noch Dienst getan und es sei wahrscheinlich, daß bereits in dieser Zeit hysterische, z B. starke nervöse Erscheinungen zum Ausdruck gekommen wären, besonders wenn man berücksichtigt, daß die straffen körperlichen Anstrengungen usw. bei geistig minderwertigen, nervösen Menschen erhöhte Störungen auslösen.

H. wurde mit seinen Versorgungsansprüchen vom Generalkommando sowie vom Kriegsministerium abgewiesen. Der gerichtliche Pfleger des H. verklagte darauf den Militärfiskus, erzielte jedoch gleichfalls keinen Erfolg.

Ich habe den Fall absichtlich so eingehend geschildert, weil er mir überaus instruktiv zu sein scheint. Sehen wir doch, mit welcher Hartnäckigkeit und — fast möchte ich sagen — Harmlosigkeit jeder einmal erlittene Unfall „ausgeschlachtet" wird. Ich habe aus diesen Gründen auch bei Besprechung der Schädeltraumen eingehend darauf hingewiesen, wie notwendig eine schriftliche Niederlegung des Befundes nach dem Unfalle sei sowie Nachuntersuchungen.

Ich glaube aber auch, der geschilderte Fall zeigt einwandsfrei, wie vorsichtig wir Ärzte mit unserem Urteil über einen Zusammenhang zwischen psychischer Störung und Unfall sein müssen. Die Angaben des Patienten sind stets subjektiv gefärbt, oft objektiv unwahr, und ich würde es für eine Unterlassungssünde des Begutachters halten, wenn er nicht wenigstens den Versuch macht, den Unfall noch nachträglich zu klären. Krankenblätter, Akten aus der Zeit des Unfalls werden zum mindesten stets einzufordern sein. Finden sich mehrere Narben auf dem Kopfe des Patienten, so muß auch den übrigen Traumen nachgegangen werden, und es ist dann doppelte Vorsicht geboten, das psychische Verhalten auf einen ganz bestimmten Unfall zurückzuführen.

Organische Gehirnerkrankungen (fünf Fälle).[59])

Zu dieser Gruppe gehören:

a) Lues cerebri (ein Offizier, zwei Unteroffiziere),
b) Paralysis progressiva (ein Unteroffizier),
c) Tumor cerebri (ein Füsilier).

a) Die Fälle von Lues cerebri bieten nichts Interessantes. Von den beiden Unteroffizieren hatte der eine (Unteroffizier der Res.) im März 1908 in China als Angehöriger der Gesandtschaftswache einen unbedeutenden Schädelunfall durchgemacht. In China hatte er auch Lues akquiriert und eine Schmierkur durchgemacht. Erst 2 3/4 Jahre nach dem Unfall — und auch nach der syphilitischen Infektion — begann er über Eingenommensein des Kopfes zu klagen, Druckgefühl auf den Augen, leichtes Schwindelgefühl beim Bücken, aufsteigende Hitze, auch leichte Verwirrtheitszustände traten auf. Das Nervensystem bot unbedeutende Veränderungen dar. Wassermann im Blut war positiv. Er wurde eingewiesen zwecks Feststellung etwaiger Versorgungsansprüche. Zusammenhang zwischen Unfall und jetzigem Leiden wurde abgelehnt.

Der zweite Unteroffizier war mir zuerst verdächtig auf eine progressive Paralyse. Ich habe ihn zwei Jahre im Auge behalten; eine Paralyse kann ausgeschlossen werden.

b) Progressive Paralyse.

An Dementia paralytica litt ein Unteroffizier (Vizefeldwebel) im 16. Dienstjahre.

Aus der Tatsache, daß unter meinem Material die Paralysis progressiva nur durch einen Fall vertreten ist, einen Rückschluß zu ziehen auf die Häufigkeit der Paralyse im Unteroffizierstande allgemein, wäre verfehlt; wir besitzen keine Statistik über Paralyse in der Armee. Ich glaube jedoch mit Bennecke[60]), daß sie im Unteroffizierstande nicht eben besonders häufig ist. In den Sanitätsberichten sind für die Zeit von 1900

---

[59]) Die Trennung zwischen organischen Gehirnerkrankungen und progressiver Paralyse in dem Schema am Anfang meiner Arbeit ist willkürlich erfolgt, zwecks besserer Übersicht über die Fälle von Paralysis progressiva.

[60]) Bennecke: Die Paralyse im Unteroffizierstande. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Band XXII, Ergänzungsheft.

bis 1908 im ganzen 45 Fälle von Paralyse bei Militärpersonen erwähnt, im Sanitätsbericht von 1910 bis 1911 14 Fälle (unter 224 eingehender verarbeiteten Psychosen).

Benneckе hat 14 Fälle von Dementia paralytica bei Unteroffizieren (darunter neun selbst beobachtete Fälle) verarbeitet, ein, wie er selbst zugibt, nur kleines und unvollständiges Material. Ihm ist es aufgefallen, daß der zeitliche Abstand zwischen der überstandenen Lues und der Krankheit nur kurz ist, und er bestätigt auch die ja bekannte Tatsache, „daß ein verhältnismäßig großer Teil der Erkrankten die frühere Lues nur unvollständig oder gar nicht behandelt hatte". Bei dem kleinen Material von Benneckе sind allgemeine Rückschlüsse naturgemäß nicht möglich. Ich möchte z. B. darauf hinweisen, daß Mattauschek und Pilcz[61]) 4134 Offiziere der österreich.-ungarischen Armee, die von 1880 bis 1900 in Lazaretten an Lues behandelt waren, katamnestisch verfolgt haben. Mindestens 4,67% wurden paralytisch. Regelrecht durchgeführte Behandlung bot keinen absoluten Schutz. Ein Einfluß der antiluetischen Behandlung auf Länge des Intervalls zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse ließ sich nicht erkennen.

Hingewiesen sei nur kurz auf die österreichische Armee, Zuzak[62]) [63]) erwähnt in seinem Bericht über das Material der Militärirrenanstalt Tyrnau, daß im Jahre 1904 unter 121 Kranken 6,6%, von den Zugängen zu genannter Militäranstalt in den Jahren 1904 und 1905 (100 Zugänge) 10% an Dementia paralytica litten.

Klare Fälle von Dementia paralytica, ohne stürmische Erscheinungen werden wohl unmittelbar als dienstunbrauchbar entlassen werden, ohne den Umweg über eine psychiatrische

---

[61]) Mattauschek und Pilcz: Beitrag zur Lues-Paralysefrage. Wien. klin. Wochenschr. 1912 Nr. 3.

[62]) Zuzak: Die Anstaltspflege der Irren im Heere. „Der Militärarzt" 1905 Nr. 15 bis 18, ref. von Stier in Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1907 Heft 13 S. 549.

[63]) Zuzak: Militärdienst und Geistesstörung. Ein Beitrag zur Kenntnis der Militärpsychosen im Mannschaftsstande nach Entstehung, Verlauf, Ausgang und therapeutischer Beeinflußbarkeit. „Der Militärarzt" 1906 Nr. 23 ff., ref. von Stier in Deutsche militärärztl, Zeitschrift 1907 Heft 13 S. 551.

Station. Andererseits mag so mancher Fall von Paralyse als Neurasthenie durch die Listen gehen (s. oben), bei der Schwierigkeit der Erkennung einer Paralyse im Beginn des Leidens ja durchaus erklärlich und entschuldbar.

c) Tumor cerebri (ein Füsilier).

Der Fall sei näher geschildert:

M., Füsilier, 20 Jahre alt, Bäckergeselle, erstes Dienstjahr.

Ehelich geboren. Keine erbliche Belastung. Keine Chorea oder choreaähnliche Erkrankungen in der Familie. Angeblich als Kind normale Entwickelung. Nach dem Bericht des Lehrers war er sehr schwer von Begriffen, sowie langsam im Auffassen von neuen Eindrücken. Seine Stimmung soll ungleichmäßig, er selbst übelnehmisch, sehr empfindlich, auffallend ängstlich sowie weinerlich gewesen sein. „Leichte Schwindelanfälle und Kopfschmerzen sind vielfach während der Schulzeit wahrgenommen worden." Bei den Mitschülern galt er als „nicht ganz richtig". Nach der Schulzeit wurde M. Bäcker; krankhafte bezw. auffällige Erscheinungen sind in keiner Arbeitsstelle bemerkt worden. Oktober 1911 Diensteintritt. In dem Bericht der Kompagnie werden folgende auffällige Züge erwähnt: stumpfsinniges Aussehen, große Beschränktheit im Unterricht, geistige und körperliche Schwerfälligkeit im praktischen Dienst, Unordnung in seinen Sachen. Beim Antreten zum Dienst oder beim Unterricht seien häufig Verwirrtheitszustände beobachtet worden, d. h. M. habe längere Zeit vor sich hingestiert. Angerufen, sei er unruhig, ängstlich gewesen, keineswegs klar, habe auch keine Erinnerung an die Vorgänge des Verwirrtheitszustandes besessen. Seine Stimmung wird als gleichmäßig niedergedrückt, sein Wesen als verschlossen und scheu geschildert. Drei Monate nach dem Diensteintritt (31. Januar 1912) wurde M. auf der Stube ohnmächtig. Der herbeigerufene Sanitätsunteroffizier fand ihn besinnungslos mit starr geöffneten Augen auf dem Bette liegen. Zeitweilig durchliefen den Körper kurze Zuckungen. Auch bestand Speichelfluß. Bei der sofortigen Einlieferung in das Lazarett lag M. völlig steif in der Krankenfahrbahre. Die Augen waren weit geöffnet; die Pupillen reagierten auf Licht. Bei plötzlichen Anrufen und Bespritzen mit Wasser erfolgte Blinzeln der Augenlider. Auf Nadelstiche keinerlei Reaktion. Nach etwa fünf Minuten bewegte er den Kopf, sah sich langsam um, sah auf mehrfaches Fragen den Untersucher an, nannte auch seinen Namen. Örtlich war er unorientiert. Sofort zur Geisteskrankenstation verlegt, erschien er deutlich benommen; einfache Aufforderungen (z. B. Vorstrecken der Zunge usw.) wurden erst nach mehrfacher Wiederholung langsam und zögernd ausgeführt. Zuweilen erfolgte eine Reaktion erst nach leichtem Rütteln. M. wurde gebadet und erschien dann sehr bald bedeutend freier, gab an, es sei ihm auf seiner Stube schlecht geworden; für die folgende Zeit bestände völliger Erinnerungsverlust. Die Erinnerung setzte erst wieder hier im Lazarett ein, damit, daß

er mit einer Nadel „gepiekt" worden sei. Die Untersuchung des Nervensystems zeigte sehr schwache Patellar-Sehnenreflexe, taumelnden Gang, positiven Romberg, sowie allgemeine Hypalgesie mit Ausnahme des Gesichts. Ferner bestand Katalepsie sowie deutlicher Negativismus. Prompte Reaktion der Pupillen. Kein Babinski, keine Verletzungen der Zunge. Die nächsten zwei Tage erschien M. noch leicht benommen, vor allem bei der Verrichtung etwas komplizierterer Aufträge, z. B. Geld zählen usw. Im Urin fand sich Eiweiß. Puls 76.

3. Februar 1912 frühmorgens folgende Beobachtung der Wache: M. lag starr in seinem Bett, die Hände krampfartig zu Fäusten geballt. Zeitweise Zuckungen mit Händen und Füßen. Augen starr nach der Decke des Zimmers gerichtet, Pupillen stark vergrößert, wenig oder gar nicht reagierend. Atmung beschleunigt. Puls 82. Auf Anrufen keine Reaktion. Dauer des Anfalls etwa zwei Minuten. Kein Bettnässen. Sodann wieder klarer, wußte nicht, was sich ereignet hatte. Urin eiweißfrei.

In den folgenden Tagen machte M. stets unverändert einen leicht benommenen Eindruck, saß teilnahmlos, meist den Kopf auf die Tischplatte gestützt, umher, klagte über Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Kopfschmerzen, von der Stirngegend sich hinziehend bis zum Hinterkopf. Der Gang war taumelnd, so daß er wieder ins Bett gelegt werden mußte. In den folgenden Tagen wurde er etwas freier, nahm mehr teil, gab an, in den letzten Tagen starkes Schwindelgefühl gehabt zu haben. Über seine Vorgeschichte gab er an, niemals Krämpfe, Ohnmachts-, Schwindelanfälle, wohl aber nach anstrengenden Arbeiten Kopfschmerzen gehabt zu haben. Dabei jedoch nie Taumeln oder Hinstürzen. Nie Bettnässen. Keine Absenzen. Spezialärztliche Augenuntersuchung ergibt keinerlei krankhafte Veränderungen am Augenhintergrund. Behauptet, es sei ihm noch nicht ganz klar im Kopf. Es fallen heute zum ersten Mal leicht drehende, rollende Bewegungen der Gliedmaßen auf, und zwar hat es den Anschein, als ob die einzelnen Gliedmaßen nacheinander die geschilderten Bewegungen ausführen, ohne daß jedoch eine bestimmte Reihenfolge festgestellt werden kann. Im Gesicht keine Unruhe der Muskulatur, kein Schwanken der Stimme beim Sprechen, keine ausfahrenden Bewegungen bei entsprechenden Versuchen. Das Nervensystem zeigt keinerlei Besonderheiten außer leichtem Beben der Zunge (keine Narben!), positiven Romberg, taumelnden Gang. Sensibilitätsprüfung nicht möglich; allgemeine Hypalgesie. Wassermannsche Reaktion im Blut negativ.

In den folgenden zwei Tagen erschien M. freier und heiterer, unterhielt sich mit den Mitkranken, las auch in den Zeitschriften. In der ganzen Folgezeit blieben unverändert bestehen die geschilderten Bewegungen in Armen und Beinen sowie außerdem ständige Gleichgewichtsstörungen. Auch blieben ständig die Klagen über Kopfschmerzen unverändert. Zeitweilig erschien M. auffallend müde und erhöht teilnahmlos; mehrfach fiel auf, daß er unverständliche Worte vor sich hin murmelte und mit dem Kopfe nickte und schüttelte. Auf

Befragen gab er an, es käme ihm etwas „ein", er müsse dann immer sprechen. Gesichts- und Gehörstäuschungen wurden bestritten. Bei Gleichgewichtsprüfungen usw. behauptete er, ständig das Gefühl zu haben, nach links zu fallen. Es wurde therapeutisch eine Arsenkur durchgeführt, jedoch ohne den geringsten Erfolg. Mehrfach während des weiteren Verlaufes wurden Ohnmachtsanfälle beobachtet, stets mit deutlicher Starre der Gliedmaßen und der Nackenmuskulatur. Wurde z. B. ein Bein hochgehoben, so folgte das andere mit. Pupillenstarre bestand nicht. Der Mund konnte im Anfalle wegen heftiger Starre nicht geöffnet werden. Nach dem Anfall zeitweilig etwas verwirrt und erregt. Die regelmäßige fachärztliche Kontrolle des Augenhintergrundes zeigte eine zunehmende Verwaschenheit der Grenzen der Papille, vorzugsweise auf der nasalen Seite. Der Puls war ständig leicht beschleunigt (86 bis 104 Schläge), die Schrift wurde schlechter. In geistiger Hinsicht ging er deutlich zurück. Er wurde immer läppischer und alberner, klopfte jedem vertraulich auf die Schulter, mischte sich in ausgesprochener läppischer Weise in jede Unterhaltung usw. hinein. Die Arsenkur wurde unterbrochen und obgleich der Wassermann negativ war, eine energische Schmierkur eingeleitet; jedoch gleichfalls ohne den geringsten Erfolg. Die Gleichgewichtsstörungen nahmen an Heftigkeit zu. Beim Bücken fiel er nach vorne. Taumeln trat bereits beim Stehen mit gespreizten Beinen und Blick zur Decke ein. Wendungen „rechts um" gelangen leidlich. Bei Wendungen „links um" erfolgte Taumeln nach links. Der Gang war breitbeinig. Beim Gehen auf einem Strich Gefühl des Drängens nach rechts. Beim Gehen mit geschlossenen Augen starkes Abweichen nach links.

Am 30. April dienstunfähig entlassen.

Bei vorstehendem Krankheitsanfall mußte zunächst an eine Chorea Huntington gedacht werden. Gegen diese Annahme sprechen jedoch nach meiner Ansicht das Fehlen von choreatischen Erkrankungen in der Familie, der relativ frühzeitige Beginn, das Fehlen von choreatischen Zuckungen im Gesicht, sowie vor allem, daß die eigenartige Motilitätsstörung keinen eigentlichen Choreacharakter zeigte. Es wurde auch an eine Epilepsie mit Verblödung gedacht. Jedoch erschien es mir wahrscheinlicher, daß die epilepsieverdächtigen Erscheinungen durch einen beginnenden Tumor cerebri bedingt waren.

Eine genauere Lokalisation des Tumors erscheint mir nicht möglich. Ich habe nur allgemein angenommen, daß der Sitz der Erkrankung mit größter Wahrscheinlichkeit im Kleinhirn bezw. dessen nächster Umgebung zu suchen sei. Allerdings ließ die rasche Verblödung, besonders das läppisch-alberne Wesen, den Verdacht nicht schwinden, daß es sich um einen

Tumor des Vorderhirns handeln könne mit Fernwirkung auf das Kleinhirn.

Depressives Irresein (zwei Fälle).

In beiden Fällen handelte es sich nur um Wahrscheinlichkeitsdiagnosen. Der eine Kranke (außereuropäischer Offizier, zur Dienstleistung in der preußischen Armee zugelassen) war nur wenige Tage in meiner Behandlung. Er wurde in eine Privatirrenanstalt übergeführt, wo nach längerer Beobachtung eine progressive Paralyse angenommen wurde.

Der andere Kranke, ein Sanitätsvizefeldwebel im zwölften Dienstjahre, bot bezüglich der Diagnostizierung größere Schwierigkeit. Es kam anfangs eine Paralyse in Frage, sowie eine Dementia paranoides. Beide Krankheitsformen glaubte ich nach wenigen Wochen ausschließen zu dürfen und die Folgezeit hat mir Recht gegeben; ich habe den Patienten etwa 1 ½ Jahre weiter kontrolliert. Anfangs fehlte eine stärkere Hemmung, auch paßten die absurden Vorstellungen (z. B. er sei Christus, er müsse in die Unterwelt usw.), leichte Sinnestäuschungen besonders des Gehörs, auch leichte Wahnideen (z. B. seine Ehefrau sei vergewaltigt worden) usw. nicht in ein bestimmtes Bild. Allmählich schwanden diese Erscheinungen, eine Hemmung trat immer deutlicher in den Vordergrund. Ein Intelligenzdefekt ist nicht eingetreten. Er ist sozial wieder brauchbar geworden, bietet zurzeit auch nichts auffälliges dar (nach Bekundung der sehr einsichtsvollen und objektiven Ehefrau.)

Akute halluzinatorische Verwirrtheit (Amentia) (ein Mann).

Ein Musketier (Vater Trinker, leiblicher Bruder geisteskrank, vier Brüder der Mutter desgl.), hatte in der Kindheit häufig an Kopfschmerzen gelitten und in der Schule mäßig gelernt. Lehre als Fleischer durchgehalten, jedoch dann häufig die Stellungen gewechselt. Er wird von den Arbeitgebern als abergläubisch, leicht aufgeregt, scheu, ungesellig bezeichnet, verhielt sich jedoch bei der Truppe geordnet und ziemlich unauffällig. Kein Potatorium. Im fünften Monat nach dem Diensteintritt erkrankte er an einer rechtsseitigen Lungenentzündung. Vom fünften bis siebenten Tage (nach der Lazarettaufnahme) war er bei hohem Fieber benommen und delirierte. Am zwölften Tage der Erkrankung lytischer Temperaturabfall. Am achtzehnten Tage wurde er verwirrt, heiter erregt, hatte Sinnestäuschungen des Gesichts (Männer, Mäuse, Geister), des

Gefühls (es regne auf ihn), äußerte Wahnideen (seine Verwandten seien ermordet). Seine Angaben über die letzte Zeit waren besonders verwirrt. Auf meine Station verlegt, wurde er nach wenigen Tagen völlig klar und geordnet. Schwachsinn nicht nachweisbar.

Fürsorgeerziehung.

Von meinen 83 Patienten des Mannschaftsstandes hatten sich 12 in Fürsorgeerziehung befunden, also 14,4%, sicherlich ein enormer Prozentsatz, wenn man berücksichtigt, daß z. B. Schuppius[64]) bei 10 Armeekorps im ganzen nur 600 ehemalige Fürsorgezöglinge ermittelte. Nach meinen Erfahrungen halte ich es für keinen reinen Zufall, daß unter den Zugängen zu unseren militär-psychiatrischen Stationen die Fürsorgezöglinge stets mit einer recht beträchtlichen Prozentzahl vertreten sind, sondern erblicke in dieser Tatsache lediglich eine Bestätigung der Richtigkeit der bekannten psychiatrischen Untersuchungen an Fürsorgezöglingen, die ich an anderer Stelle[65]) bereits gewürdigt habe.

Erwähnt sei, daß bei diesen zwölf Soldaten von mir festgestellt wurde:

Dementia praecox	bei 0,
Imbezillität (bezw. Debilität)	bei 6,
Epilepsie	bei 2,
Psychopathische Konstitution	bei 4.

Aufgefallen ist mir auch hier wieder, daß die Einweisung in die Fürsorgeanstalten meist verhältnismäßig spät erfolgte, in einem Lebensalter, in dem zufolge der jeweiligen Amtsgerichtsbeschlüsse fast stets bereits eine beträchtliche Verwahrlosung eingetreten war, also zu einer Zeit, zu der von einer nachhaltigen, erzieherischen psychischen Beeinflussung nicht mehr allzuviel erwartet werden konnte.

In den stets von mir eingeforderten und mir auch bereitwillig übersandten Fürsorgeakten fanden sich in fast jedem Falle charakteristische Notizen und Urteile, die bewiesen, daß der von der Norm abweichende Geisteszustand des Zöglings von

---

[64]) Schuppius: Fürsorgeerziehung und Militärdienst. Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1911 Heft 22.

[65]) Untersuchungen an ehemaligen Fürsorgezöglingen im Festungsgefängnis. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1912 Band 69 Heft 2.

den Lehrern und Erziehern richtig erkannt worden war. Ich bedauerte immer wieder, daß diese wichtigen Beobachtungen in den Akten vergraben waren und erst dann zutage kamen, wenn der betreffende ehemalige Fürsorgezögling irgendwie beim Militär Schiffbruch erlitten hatte. Ich möchte auch an dieser Stelle die dringende Notwendigkeit betonen, daß uns Ärzten vor, spätestens bald nach der Einstellung diese in den Fürsorgeanstalten gemachten Beobachtungen zur Kenntnis kommen und glaube, es würde sich dieses auch unschwer durchführen lassen.

Ich habe angeregt,[66]) daß für jede Provinz eine Art Zentrale geschaffen wird, in der Zählkarten geführt werden über jeden Knaben, der — in der Provinz geboren — in intellektueller oder moralischer Hinsicht während der Schulzeit oder später auffällig gewesen ist. Eine derartige Zentrale müßte auch für die ehemaligen Fürsorgezöglinge geschaffen werden. Die Anlegung der Zählkarten würde keine Schwierigkeiten bereiten, wenn — wie ich gleichfalls vorgeschlagen habe — beim Abgang jedes Zöglings aus der Anstalt auf einer Lehrerkonferenz eine zusammenfassende Schlußschilderung — unter besonderer Berücksichtigung etwaiger psychischer Anomalien — obligatorisch eingeführt würde. Trüge dann jedes Nationale eines ehemaligen Fürsorgezöglings ein unauffälliges, auf die Fürsorgeerziehung hinweisendes Kennzeichen, z. B. ein F., so könnte sich der Truppenarzt durch Einfordern der Zählkarte von der Zentrale kurz, aber vorzüglich informieren und wüßte sofort, ob er dem Geisteszustand des Mannes besondere Beachtung schenken bezw. ob er den Mann dem Psychiater zuweisen müßte zwecks Entscheidung der Dienstfähigkeit usw. Die Besorgnis, daß diesen ehemaligen Fürsorgezöglingen durch ein derartiges Charakteristikum Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten erwachsen könnten, vermag ich nicht zu teilen. Ich weiß, daß z. B. bei einem Truppenteil der etatsmäßige Feldwebel die Nationale sämtlicher Mannschaften der Kompagnie verschlossen aufbewahren mußte und nicht einmal den Rekrutenunteroffizieren Kenntnis z. B. von den Vorstrafen geben durfte. Eine derartige Maßnahme ließe sich durch eine Verfügung unschwer allgemein ein- und durchführen.

---

[66]) Psychische Grenzzustände und Dienstfähigkeit. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1913 Heft 7.

Kriminalität.

Dem Kapitel Kriminalität und Geistesstörung bezw. geistige Anomalie haben die Psychiater in den letzten beiden Jahrzehnten ihre besondere Beachtung geschenkt und die Kriminalpsychiatrie hat sich zu einer Sonderwissenschaft herausgebildet, über die wir nicht nur von namhaften Psychiatern und auch Juristen hervorragende und grundlegende Arbeiten besitzen, sondern auch eigene Fachzeitschriften usw., wie ja allbekannt ist. Dieses wichtige Gebiet hat auch für uns Militärpsychiater die allergrößte Bedeutung, schon allein deshalb, weil die gerichtliche Gutachtertätigkeit unsere Hauptarbeit ist. Es kommt aber noch hinzu, daß sich aus allen Beobachtungen, Vorschlägen usw. für uns die Frage ergibt: welche Bedeutung haben diese Ergebnisse für unsere Armee und vor allem: welche Nutzanwendungen können wir ziehen, um immer mehr, d. h. immer sicherer geistig ungeeignete Elemente vom Heeresdienst fernzuhalten.

Es ist gesetzlich — seit langen Jahrzehnten — festgelegt, daß mit Zuchthaus vorbestrafte junge Leute nicht in die Armee bezw. Marine eingestellt werden dürfen. Psychiatrische Erwägungen haben dem Gesetzgeber bei dieser Bestimmung fern gelegen; die Wehrpflicht ist ein bürgerliches Ehrenamt. „Der Gedanke ‚ehrlos — wehrlos' entstammt der altgermanischen Volksanschauung, ist auch in dem germanischen Recht zur Geltung gekommen und bis auf uns herrschend geblieben." [67])

Bereits 1905 hat der Senatspräsident Geheimer Justizrat Schmölder [68]) und in neuester Zeit der — bereits zitierte — Referendar Dr. Küppers empfohlen, die Bestimmungen des § 31 MStGB. dahin zu ändern, daß die zu Zuchthaus Verurteilten nicht mehr wie bisher als Unwürdige vom Heeresdienst ausgeschlossen werden, sondern den Militärarbeiterabteilungen überwiesen und dort ihrer Dienstpflicht genügen sollten. Gegen den Vorschlag von Schmölder hat seinerzeit Kriegsgerichtsrat

---

[67]) Küppers: Die Unfähigkeit der zu Zuchthaus Verurteilten, in das deutsche Heer und in die kaiserliche Marine einzutreten. Monatsschrift f. Kriminalpsychol. und Strafrechtsreform VIII. Jahrg. S. 630 und folg.

[68]) Schmölder: Deutsche Juristenzeitung 1905 Nr 21 (zitiert nach Stier und Dietz).

Dietz [69]) gewichtige und m. E. durchaus überzeugende Gegengründe ins Feld geführt; Dietz konnte sich am Schluß seiner Arbeit auch auf den ablehnenden Standpunkt rein militärischer Kreise berufen. Gegen den Vorschlag von Küppers, der durchaus nichts Neues bringt und eigentlich nur die Schmölderschen Ausführungen wiederholt, hat eingehend Stier [70]) Stellung genommen. Wenn Stier es „a limine" ablehnt, „daß es eine Pflicht und Aufgabe des Heeres sei, gleichsam wie die einer Erziehungsanstalt, die jugendlichen Verbrecher und überhaupt Leute zu erziehen, die moralisch irgendwie defekt sind", so ist das rückhaltslos zu unterschreiben. Wenn wir ferner berücksichtigen, daß — wie Stier es überzeugend ausführt — für diese ehemaligen Zuchthausinsassen besondere Militärgefängnisse und neue Arbeiterabteilungen geschaffen werden müßten, wenn wir schließlich uns vergegenwärtigen, welche Schwierigkeiten Militärgefangene heute bereits bereiten, dann können wir diese Vorschläge betreffend Änderung des § 31 MStGB. nicht nachdrücklich genug ablehnen. Es ist — ich zitiere Stier — „mit großer Freude zu begrüßen, daß die Gesamttendenz der behördlichen Verfügungen der letzten Jahre einheitlich dem Ziele zustrebt, die Armee immer mehr zu reinigen von allen geistig und moralisch defekten Leuten, da diese Leute der Armee nichts nützen, die Kräfte der ausbildenden Vorgesetzten unnütz aufreiben und im Falle eines Krieges, wie besonders der russisch-japanische Krieg und unsere Expedition nach Ostasien uns gezeigt haben, doch unter allen Umständen versagen".

Wenn Stier es als einen erstrebenswerten Fortschritt bezeichnet, die schwere Aufgabe zu lösen, noch weitere Kriterien zu finden, die es ermöglichen, nicht nur die mit Zuchthaus, sondern auch viele der mit Gefängnis bestraften Leute von der Einstellung in das Heer fernzuhalten, so wird er bei dieser Auffassung und diesem Wunsche wohl jeden Militärpsychiater auf seiner Seite wissen Ob und welche Schlußfolgerungen aus den Vorstrafen eines Mannes gezogen werden

[69]) Dietz, Kriegsgerichtsrat: Keine Wehrpflicht der Verbrecher! Goltd. Archiv f. Strafrecht und Strafprozeß 1906 53. Jahrg. Heft 4 bis 5 S. 225.

[70]) Stier: Die Wehrpflicht der Verbrecher. Monatsschrift für Kriminalpsychol. und Strafrechtsreform IX. Jahrg. S. 272.

können, soll später behandelt werden. Ich möchte zunächst einige Tabellen mitteilen. Daß es mir völlig fern liegt, etwa meine Zahlen ernsthaft mit denen von Autoren zu vergleichen, die ein großes statistisches Material verarbeitet haben, bedarf m. E. ebenso wenig besonderer Erwähnung, wie, daß ich keine beweiskräftigen Schlüsse aus meinem kleinen Material herleiten will.

Zahl der Vorstrafen vor dem Diensteintritt.

Es waren vorbestraft	Zahl der Mannschaften	Davon jetzt eingewiesen	
		wegen einer gerichtlich zu ahndenden Straftat bezw. auf Anordnung des Gerichts	aus anderen, also nicht gerichtlichen Gründen
0 mal	57	22	35
1 mal	6	5	1
2 mal	5	4	1
3 mal	8	6	2
4 mal	1	—	1
5 mal	2	1	1
6 mal	—	—	—
7 mal	1	1	—
8 mal	2	1	1
9 mal	1	1	—
10 mal	—	—	—

Bei der vorstehenden Tabelle kamen naturgemäß nur die 83 Personen des Mannschaftsstandes in Betracht, da gerichtlich vorbestrafte Soldaten wohl kaum oder nie zu Unteroffizieren befördert werden. Von den 83 müssen noch zwei Mann ausscheiden, da ich über sie keinen sogenannten Stammrollenauszug besaß. Es sind also insgesamt von den 81 Soldaten 26 gerichtlich vorbestraft — 32,1%. Partenheimer[71]) hat eine Statistik aufgestellt für die Mannschaften einiger Regimenter des VIII. Armeekorps. Der Ersatz dieser Regimenter stammte aus verschiedenen Gauen Deutschlands und aus groß-, mittel-, kleinstädtischer und ländlicher Bevölkerung, aus Industrie- und Bergwerkszentren einerseits und industriearmen Gegenden andererseits. Partenheimer ermittelte unter 3723 bei den untersuchten Regimentern eingestellten Rekruten 463 Vorbestrafte, also 12,7%. Diese Zahlen übertreffen noch beträchtlich die für die gesamte Armee berechneten. Es betrug — für das Jahr 1909 — nach Erhard[72]) die Zahl der Vorbestraften:

In der preußischen Armee	6,0%
In der bayerischen Armee	8,6%
In der sächsischen Armee	4,0%
In der württembergischen Armee	5,7%
In der Marine	8,5%

Ein Vergleich dieser so beträchtlich von einander abweichenden Prozentzahlen in den verschiedenen Statistiken ist unmöglich. Es bedarf noch umfangreicherer Untersuchungen als der von Partenheimer. Sein Material leidet m. E. doch an einer gewissen Einseitigkeit. Aschaffenburg hat in seinem standard work „das Verbrechen und seine Bekämpfung" in Tabelle VIII gezeigt, wie außerordentlich die Kriminalität in den einzelnen Provinzen verschieden ist. Die Rheinprovinz stand z. B. für zahlreiche Verbrechen nach Aschaffenburg während der Jahre 1883—1897 unter den für

---

[71]) Partenheimer: Zur Frage der Bewertung der Vorstrafen in bezug auf die Militärdienstfähigkeit. Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1912 Heft 18.

[72]) Erhard, Paul: Kriminalistik für das deutsche Heer und die Kaiserliche Marine unter besonderer Berücksichtigung des bayer. Heeres. Jahrgang 1912 (Archiv für Militärrecht 1912 II. Band Heft 4), zitiert nach Partenheimer.

Preußen berechneten Durchschnittsprozentzahlen, die Provinz Schleswig-Holstein fast allenthalben sogar weit unter dem berechneten Durchschnitt; die Partenheimersche Statistik erscheint mir demnach zu günstig. Zu berücksichtigen wäre ferner, daß wir in Deutschland doch ein ungeheures Rassengemisch besitzen, Germanen, Kelten, Slawen, Juden, so daß durch die Rasseneigentümlichkeiten auch eine verschiedene Kriminalität bedingt wird. Auch dieses Moment müßte in einer Statistik größeren Umfangs zum Ausdruck kommen. Schließlich müßte auch eine große, jahrelang fortgesetzte kriminelle Statistik unserer militärischen Geisteskrankenstationen geschaffen werden, um nach Möglichkeit Zufallszahlen auszuschalten. Im übrigen neige ich zu der Auffassung, daß meine enorm hohe Prozentzahl keine reine Zufallszahl darstellt. Sträussler[73]), der allerdings Material der österreichisch-ungarischen Armee verarbeitete und zwar gleichfalls nur ein kleines Material (149 Soldaten des Mannschaftsstandes), fand 69,84% Vorbestrafte. Ein Vergleich beider Armeen ist natürlich nicht angängig, aber nach der Sträusslerschen Prozentzahl scheint mir meine Prozentzahl von 32,1% Vorbestraften kein reiner Zufall.

Besonders erwähnen möchte ich noch, daß von den 26 Personen nur ein einziger allein wegen Übertretungen im Sinne der §§ 360 u. folg. StGB. bestraft worden war, dieser aber dreimal (wegen Bettelns und Landstreichens).

Nur ein einziges Mal waren — wie aus der Tabelle hervorgeht — sechs gerichtlich vorbestraft und zwar: wegen Diebstahls vier (einer in fünf Fällen!, einer wegen schweren, zwei wegen einfachen Diebstahls), wegen Körperverletzung zwei.

Will man sich auf den Standpunkt stellen, daß eine einzige gerichtliche Strafe entschuldbar sei, so müßte von meinen sechs einmal vorbestraften Personen der Mann ausscheiden, der wegen Diebstahls in fünf Fällen bestraft wurde, da er praktisch als mehrfach vorbestrafter gilt. Mithin bleiben von meinen 26 Vorbestraften immer noch 21 übrig, die zwei- oder mehrmal vorbestraft waren.

---

[73]) Sträußler: Über das forensische Beobachtungsmaterial der psychiatrisch-neurologischen Abteilung des K. u. K. Garnisonspitals Nr. 11 in Prag. „Der Militärarzt" 1913 Nr. 1.

Ich habe in der Tabelle in einer besonderen Rubrik diejenigen Mannschaften besonders kenntlich gemacht, die auf Anordnung des Gerichts bezw. wegen einer gerichtlich zu ahndenden Straftat auf meine Station eingewiesen waren. Ich nehme davon Abstand, nur die als gerichtliche Fälle zu bezeichnen, die auf Anordnung des Gerichts eingewiesen sind. Es kam vor, daß z. B. ein Mann nach der Rückkehr von einer unerlaubten Entfernung durch den Truppenarzt wegen geistig auffälligen Verhaltens zur Beobachtung eingewiesen wurde, ehe das Gericht seine Verhaftung bezw. seine Beobachtung anordnete. Praktisch ist er dann eben ein gerichtlicher Fall. Es rubriziert unter die Spalte gerichtliche Fälle andererseits auch so mancher, der vielleicht disziplinarisch oder allenfalls standgerichtlich, also nicht kriegsgerichtlich bestraft worden wäre bezw. bestraft wurde. Es ist dieses allerdings nicht zu vermeiden, denn theoretisch ist eine unerlaubte Entfernung eine solche, ganz gleich, ob der Betreffende einige Stunden oder mehrere Tage fort war, gleichgültig, ob er Rekrut von wenigen Diensttagen oder sogenannter Stammmann von fast zweijähriger Dienstzeit ist.

Nach diesen Gesichtspunkten berechnet, sind von 26 Vorbestraften 19 gerichtlich eingewiesen und nur sieben wegen sonstigen auffälligen Verhaltens bei der Kompagnie. Es wäre eine überaus dankenswerte und m. E. wissenschaftlich gebotene Aufgabe, diesem Gesichtspunkt gleichfalls bei einer größeren Statistik der Geisteskrankenstationen nachzugehen.

Die Straftaten der vor dem Diensteintritt bestraften 26 Mann ergeben sich aus der folgenden Tabelle (s. nachstehend):

Es verteilen sich auf die 26 Vorbestraften im ganzen 86 Vorstrafen, also durchschnittlich auf jeden 3,3 Strafen.

Die häufigste Straftat ist der Diebstahl (von 16 unter 26 Personen begangen). Aus der Statistik des Deutschen Reichs über die Kriminalität der Jugendlichen [74]) sehen wir den „einfachen Diebstahl" um das mehrfache die anderen Vergehen und Verbrechen überragen und zwar sehen wir, daß für die Jahre

---

[74]) Aschaffenburg: Tabelle 30 S. 130 und Tabelle 30 S. 132.

wegen	Es wurden vorbestraft im Zivilleben: Zahl der Personen	wegen dieses Delikts bestraft: 1 mal	2 mal	3 mal	4 mal	5 mal	6 mal	Von diesen litten jetzt an: Dem. praecox gerichtl.	Dem. praecox nicht gerichtl.	Imbecillität gerichtl.	Imbecillität nicht gerichtl.	Epilepsie gerichtl.	Epilepsie nicht gerichtl.	Psych. Konst. gerichtl.	Psych. Konst. nicht gerichtl.	Path. Rauschzust. gerichtl.	Path. Rauschzust. nicht gerichtl.	Amentia gerichtl.	Amentia nicht gerichtl.
Körperverletzung	6	6	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	1
Unterschlagung	7	5	1	—	—	—	1	1	—	2	—	1	1	1	1	—	—	—	—
Betruges	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Urkundenfälschung	3	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Diebstahls	16	9	4	2	1	—	—	—	—	7	—	1	—	4	4	—	—	—	—
Hehlerei	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Hausfriedensbruchs	3	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Widerstandes	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—
Beleidigung	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Bedrohung	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
Straßenraubes	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Bettelns und Landstreichens	5	1	1	1	1	—	1	1	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Übertret. ohne näh. Kennzeichnung	3	2	1	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Verletzung d. Wehrpflicht	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gerichtlich eingewiesen wegen	Abs. Zahl	U.	M.	Dem. praec. abs.	U.	M.	Imbecill. abs.	U.	M.
Unerlaubte Entfernung bzw. Fahnenflucht	28	2	26	6	1	5	9	—	9
Simulation	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Achtungsverletzung (verbunden mit Gehorsamsverweigerung)	5	1	4	—	—	—	2	—	2
verleumderische Beleidigung (eines Vorgesetzten) . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Ungehorsamkeit geg. Dienstbefehl u. Gehorsamsverweigerung	4	—	4	1	—	1	1	—	1
Bedrohung eines Vorgesetzten	1	—	1	—	—	—	—	—	—
tätlichen Angriffs auf einen Vorgesetzten	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Mißhandlung von Untergebenen	1	1	—	—	—	—	—	—	—
tätlichen Angriffs auf Untergebene	1	1	—	—	—	—	—	—	—
unerlaubten Tragens von Offiziersuniform u. Wachtvergehens	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Diebstahls	3	1	2	1	1	—	2	—	2
Einbruchdiebstahls	1	1	—	—	—	—	—	—	—
widernatürlicher Unzucht (an Stute begangen)	1	—	1	—	—	—	1	—	1
insgesamt:	49	8	41	8	2	6	15	—	15

Epilepsie			Psychiopath. Konstitution			Chron. Alk.			Pathолog. Rausch.			Paranoia			Neurasth.		
abs.	U.	M.	abs.	U.	M.	abs.	U.	M.	abs.	U.	M.	abs.	U.	M.	abs.	U.	M.
2	—	2	10	—	10	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	1	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—
—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	3	15	1	14	1	1	—	4	2	2	1	—	1	2	2	—

1886 — 1895 auf 100 000 männliche Personen desselben Alters wegen Diebstahls (einfacher und im wiederholten Rückfall) verurteilt wurden:

Im Alter von 12 bis unter 18 Jahre 418,46
Im Alter von 18 bis unter 21 Jahre 626,82
Im Alter von 21 bis unter 25 Jahre 514,82.

Weiter sehen wir in meiner Tabelle noch die Körperverletzung sechs, die Unterschlagung sieben, Betteln und Landstreichen fünf mal vertreten, also mit den höchsten Zahlen in meiner kleinen Statistik. Dieses nimmt ja nicht Wunder; wir sehen hierin nur eine Bestätigung der Schlußfolgerungen von Aschaffenburg[75]) aus der großen Statistik des Deutschen Reichs. „Die Jugend gleicht einem sehr empfindlichen Instrumente, dessen Funktionen schon beim leisesten äußeren Anstoße Not leiden. Das gilt nicht nur für die Jugendlichen des Strafgesetzbuches; auch die benachbarte Altersstufe vom 18. bis 21. Lebensjahre zeigt denselben geringen Halt gegen Versuchungen aller Art." „Vom 18. bis 21. Jahre sind bei den Männern die Unzuchtdelikte, der einfache und schwere Diebstahl, Hehlerei und Urkundenfälschung, Raub und räuberische Erpressung, Sachbeschädigung am häufigsten, also im ganzen die gleichen Verbrechen wie bei den Unerwachsenen. Die Altersstufe vom 21. — 25. Jahre zeigt die höchste Beteiligung an den Verbrechen überhaupt, Totschlag, Hausfriedensbruch, einfacher Körperverletzung, Betrug und Unterschlagung."

Der zweite Teil der Tabelle, die Diagnose und Kennzeichnung, ob der betreffende Patient gerichtlich (im oben erläuterten Sinne) eingewiesen war, zeigt eine ungleich größere Beteiligung meines gerichtlichen Materials (37 zu 16). Schlußfolgerungen sind selbstverständlich unmöglich.

Durch eine besondere Tabelle möchte ich noch bei meinen sogen. Gerichtlichen die Straftaten darlegen, die mehr oder weniger unmittelbar der Anlaß zur psychiatrischen Beobachtung waren (s. vorstehend).

An erster Stelle in meiner Statistik und weit alle anderen Straftaten überragend steht die unerlaubte Entfernung bezw. Fahnenflucht. Es ist dieses eigentlich selbstverständlich, da

---

[75]) Aschaffenburg: S. 131 bis 133.

ja auch in der Kriminalstatistik für das deutsche Heer dieses spezifisch militärische Vergehen bezw. Verbrechen eine wesentliche Rolle spielt. Dadurch, daß eine unerlaubte Entfernung, die weniger als sieben Tage dauert, disziplinarisch bestraft werden kann, entsprechen die Zahlen der erwähnten Kriminalstatistik nicht der wirklichen Zahl strafbaren Verhaltens dieser Art. Nach Dietz[76]) wurden von 1901—1909 gerichtlich erledigt (absolute Zahlen; nur für das Heer):

	Fahnenflucht	unerlaubte Entfernung
1901	728	825
1902	734	849
1906	580	1041
1908	661	1283
1909	566	1222

Auf 10 000 Angehörige von Heer (Kontingente) entfallen:

Jahresdurchschnitt	Preußen		Bayern		Sachsen		Württemberg	
	Fahnenflucht	unerlaubte Entfernung	Fahnenflucht	unerlaubte Entfernung	Fahnenflucht	unerlaubte Entfernung	Fahnenflucht	unerlaubte Entfernung
1901/05	11,8	15,4	8,7	21,0	6,2	7,7	9,3	11,6
1906	10,7	17,4	4,6	20,2	4,3	9,4	8,7	13,7
1907	10,2	20,4	5,2	20,1	3,1	6,9	8,7	14,1
1908	11,7	22,1	8,0	21,1	3,2	5,0	10,8	17,5
1909	10,1	20,3	5,4	25,9	2,8	8,9	10,3	8,2

[76]) Dietz: Zur Kriminalstatistik für das deutsche Heer und die Kaiserliche Marine. Goltd. Archiv Bd. 58.

„Frankreich ist durch Fahnenflüchtige weit mehr belastet; im Jahre 1904 wurden dort 1898, im Jahre 1907 3407 gezählt (amtliche Erklärungen des französischen Kriegsministers); die Zahl derer, die sich der Gestellungspflicht entzogen, betrug dort 1903: 2118, 1906: 4576, 1908: 11 782, 1909 gar über 17 000. (Nach Dietz.)

Von den 28 Mann meiner Statistik litten neun an Imbezillität (bezw. Debilität) und zehn an einer degenerativen psychopathischen Konstitution, während die Epilepsie eine kaum nennenswerte Rolle dagegen spielt. Es ist ja bereits Stier[77]) in seiner vorzüglichen Monographie: Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung 1905 zu dem gleichen Resultat gekommen, daß epileptische Äquivalente „nur äußerst selten", „Hysterie und allgemeine psychische Degeneration dagegen weitaus häufiger Ursache der Fahnenflucht sind", wobei Stier noch besonders darauf hinweist, daß sich die Hysterie dabei selten als ein schwerer hysterischer Dämmer- oder Traumzustand äußert.

Daß die Fahnenflucht (bezw. unerlaubte Entfernung) gerade von Schwachsinnigen nicht selten begangen wird, haben u. a. auch Schultze[78]), Bennecke[79]) und Becker[80]) an ihrem Material festgestellt. „Die Motive" — sagt Bennecke wörtlich — „waren weniger eigentliches Heimweh, als die Unfähigkeit, sich dem militärischen Leben anzupassen, die Furcht, es nicht aushalten zu können, die Angst vor Neckereien der Kameraden oder gar angedrohten Mißhandlungen. Nach meinen und den Erfahrungen anderer haben die als Mißhandlungen im eigentlichsten Sinne geltenden Tätlichkeiten Vorgesetzter, die von Unteroffizieren versetzten Rippenstöße

---

[77]) Stier: Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung. Jurist.-psychiatrische Grenzfragen (Verlag Marhold, Halle) 1905 II. Band Heft 3 bis 5.

[78]) Schultze: Über Psychosen bei Militärgefangenen nebst Reformvorschlägen. Verlag Fischer, Jena 1904.

Derselbe: Weitere psychiatrische Beobachtungen an Militärgefangenen. Verlag Fischer, Jena 1907.

[79]) Bennecke: Die Art der Delikte bei den einzelnen krankhaften Geisteszuständen Heeresangehöriger. Klinik für psych. und nervöse Krankheiten 1908 III. Bd. Heft 2.

[80]) Becker, an zitierter Stelle.

und Ohrfeigen, bei weitem nicht die Bedeutung für das militärische Fiasko eines psychisch nicht Vollwertigen, als wie die Quälereien der Kameraden, zu denen sich diese allerdings mitunter autorisiert fühlen, wenn für mangelhafte Leistungen des Einzelnen die Gesamtheit durch Nachexerzieren usw. büßen muß."

Noch einige Worte über die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Imbezillen im allgemeinen. Anläßlich der Besprechung der Zurechnungsfähigkeit imbeziller Soldaten sagt Mönkemöller[81]): „Dabei ist es bei den fließenden Übergängen, die von der Idiotie bis zu der „physiologischen Musketierdummheit" herabreichen, außerordentlich schwer, irgend eine Grenze zu ziehen. Die Kriterien, deren wir uns hier bedienen müssen, sind alle sehr unsicherer Natur: das Maß der positiven Kenntnisse (wie im Zivilleben immer der unsicherste Maßstab), die Selbständigkeit im bürgerlichen Leben, die dort erreichte Stellung, eine etwaige frühzeitige asoziale und kriminelle Gestaltung des Lebenslaufes, die Leistungsfähigkeit im Militärdienste, die Rolle, die sie bei ihren Kameraden gespielt haben — sie alle kommen mehr oder weniger in Betracht. Und doch treten sie alle oft hinter dem subjektiven Eindrucke zurück, den sie machen, der nicht abgewogen werden kann, und der sich erst recht nicht in die Form eines Gutachtens pressen und den Militärrichtern überzeugend beibringen läßt. Und auch er muß sich manchmal noch der Art des Deliktes beugen, bei dem die imbezille Seele versagte, den Nebenumständen und der ganzen Entwickelung und Gestaltung der Vorgänge.

Eine allzu milde Abwägung dieses Subjektivismus hat nun in der Militärjustiz ihre sehr bedenklichen Seiten. Läßt man in zweifelhaften Fällen — und das sind unter den Imbezillen die meisten — sich von zu großer Sentimentalität leiten, dann ist das für andere ähnlich veranlagte Naturen ein gewisser Ansporn, es ihnen gleich zu tun, um so mehr, als die Krankhaftigkeit dieser Imbezillen bei ihren Kameraden selten der Erkenntnis teilhaftig wird. Es besteht immer die Gefahr einer Lockerung der Disziplin, wenn diese im Sinne des Militärwesens asozialen Elemente zu sehr mit Glacéhandschuhen angefaßt werden."

---

[81]) Mönkemöller: Zur Kasuistik der forensischen Psychiatrie in der Armee. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin Jahrg. 1909 32. Bd. S. 103.

Außer diesen, von Mönkemöller trefflich gekennzeichneten, ich möchte sagen militärischen Gesichtspunkten kommen aber auch noch weitere Momente m. E. in Betracht. Becker betont, daß die Unterstellung der geringeren Grade der geistigen Schwäche, der Imbezillität leichteren Grades und Debilität unter § 51 generell „nicht gerechtfertigt" werden kann. „Es ist bekannt, daß die betreffenden, aus diesem Grunde außer Verfolgung gesetzten, gelegentlich den Schutz des § 51 als Freibrief zu allen möglichen Delikten auffassen." Wenn die Leute nicht selbst den früheren Freispruch aus § 51 für sich bei späteren Zivilgerichtsverfahren ins Feld führen werden, so wird dieses doch sicher von den Angehörigen erfolgen. Die große Tragweite eines derartigen exkulpierenden Gutachtens für das gesamte soziale Leben muß uns nach meiner Auffassung daher veranlassen, die Grenzen der Zurechnungsfähigkeit bei Imbezillen möglichst weit zu ziehen. Dem Einzelindividuum soll natürlich sein Recht werden. „Es ist notwendig, in die genaue Einzelprüfung der subjektiven Tatumstände einzutreten; nachdem ein klares Bild darüber gewonnen ist, wie der dauernde Geisteszustand, ob und welche Defekte in intellektueller und ethischer Beziehung bestehen, muß durch Analyse ein Urteil über den subjektiven Zustand bei Ausführung der Strafhandlung gewonnen werden. Das heißt, wir müssen festzustellen versuchen, ob vielleicht damals Symptome einer episodischen psychischen Störung bestanden, die viel häufiger beim angeborenen Schwachsinnigen vorkommen, als bekannt ist; es ist eingehend die gesamte psychische Stimmungslage zu prüfen." Affekthandlungen sowie Straftaten Imbeziller unter Alkoholeinfluß werden ja stets besonders eingehend zu würdigen sein. Nur möchte ich nochmals betonen, daß wir uns aus sozialen Gründen vor einer weichherzigen Sentimentalität besonders zu hüten haben.

Stets habe ich von einer Überweisung selbst hochgradig Imbeziller in eine Irrenanstalt Abstand genommen. Unsere Anstalten sind überfüllt und an jedem Jahresende werden nach Hoche[82]) in ganz Deutschland 4—5000 neue Anstaltsplätze

[82]) Hoche: Geisteskrankheit und Kultur. Freiburg 1910.

erforderlich. Die harmlosen Imbezillen werden daher wohl meist bald wieder entlassen werden. Eine Überweisung erscheint mir auch nicht erforderlich, denn in einfachen Verhältnissen dürften selbst hochgradig Schwachsinnige sehr wohl imstande sein, sich ihren Lebensunterhalt selbst zu erwerben und zwar meist, ohne kriminell zu werden, wenn eine sorgende Hand über ihnen waltet. Grundsätzlich sollte von der Militärverwaltung die Entmündigung derartiger Individuen betrieben werden, sicherlich eine viel segensreichere Maßnahme als die Überweisung in eine Irrenanstalt.

Wenn auch die Psychopathen in meiner Tabelle mit einer verhältnismäßig hohen Zahl hinsichtlich der Fahnenflucht vertreten sind, so erscheint mir das nur begreiflich. Die ausgesprochene Haltlosigkeit dieser Entarteten, ihr gesteigertes Trieb- und Affektleben, das mehr oder weniger ungebundene, unstäte Leben vor dem Diensteintritt sowie ihr Unvermögen bezw. ihre mangelnde Fähigkeit, sich einem geordneten, straffen Betriebe, wie es der Militärdienst ist, als Glied eines größeren Ganzen einzuordnen und vor allem unterzuordnen, läßt ihnen das freiere Zivilleben in rosigen und verlockenden Farben erscheinen.

Ich möchte auch hier Mönkemöller zitieren: „Dabei haben diese kriminellen Entladungen psychisch invalider Seelen noch eine besondere Färbung. Wird die Delinquenz pathologischer Naturen schon im gewöhnlichen Leben durch die Macht der Umstände oft in ganz bestimmte Formen gezwängt, so wirkt das eigenartige militärische Milieu erst recht dazu mit, krankhafte Symptome, wenn nicht direkt ins Leben zu rufen, so doch zur schärferen Ausprägung zu bringen, die in einem freien Regime garnicht auf diesen Weg gedrängt worden wären. Unsere Fälle beweisen immer wieder, wie der stete Zwang, die dauernde Unterordnung auf reizbare Naturen drückt und bei Affektnaturen die sinnlosesten Entladungen hervorruft, und wie auch die schwachen Naturen, die den Anforderungen des Dienstes nicht gewachsen sind, sich diesen ewigen geistigen und körperlichen Strapazen zu entwinden versuchen."

Die demnächst höchste Zahl in meiner Statistik zeigen die Straftaten gegen die Pflicht der militärischen Unterordnung. Nach den von Dietz veröffentlichten Tabellen der Kriminal-

statistik für das deutsche Heer nehmen die Unterordnungshandlungen unter den Straftaten den ersten Platz ein. Es entfielen auf 10 000 Angehörige des Heeres Unterordnungshandlungen überhaupt

1901/1905	Jahresdurchschnitt	50,4
1906/1909	„	47,7
1909	„	44,9.

Im Heere werden im Jahresdurchschnitt ungefähr 3000 solcher Straftaten gezählt, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß die leichteren, auf dem Disziplinarwege erledigten in dieser Statistik nicht einbegriffen sind. Wegen Ungehorsamshandlungen (Ungehorsam, Gehorsamsverweigerung), achtungswidrigen Betragens und Beleidigung Vorgesetzter wurden 11 von meinen Patienten eingewiesen; unter diesen waren drei Imbezille und drei Psychopathen. Daß die beiden letzteren Krankheitsgruppen durch ihre psychische Eigenart gleichfalls leicht die oben näher skizzierten Straftaten bedingen, bedarf keiner weiteren Erörterung.

Über die verbleibenden Straftaten ist nichts besonderes zu sagen.

Durch eine weitere Tabelle möchte ich die Straffälligkeit meines Materials während der Dienstzeit illustrieren. Es sind nur 81 Mannschaften berücksichtigt, da ich über zwei keine einwandfreien Strafverzeichnisse erhalten konnte. Von den 81 Soldaten waren bestraft (s. nachstehend):

Auffällig erscheint mir in der Tabelle (Seite 123) die relativ hohe Zahl von im Zivilleben Vorbestraften unter den beim Militär mit Gefängnis bestraften Mannschaften. Von 16 Mannschaften, die vor der Einweisung auf meine Station mit Gefängnis beim Militär bestraft worden waren, befanden sich elf im Zivilleben Vorbestrafte.

Schließlich seien noch kurz in einer Tabelle die Straftaten als solche wiedergegeben. Ich habe jedoch nur die Straftaten während des ersten Dienstjahres berücksichtigt. Diese Tabelle wird natürlich günstig dadurch beeinflußt, daß eine nicht geringe Zahl von Soldaten bereits im Anfang ihrer militärischen Laufbahn eingewiesen wurden, weil der betreffende Kompagniechef Zweifel an der geistigen Gesundheit des Mannes hegte und — wie ich es recht häufig bisher erlebt habe — eine Bestrafung

	absolute Zahl der Personen	jetzt gerichtlich eingewiesen	nicht gerichtlich eingewiesen	im Zivil	
				vorbestraft	nicht vorbestraft
noch nicht	38	14	24	11	27
nur mit kleineren Disziplinarstrafen	4	1	3	1	3
nur mit Arreststrafen	12	5	7	3	9
mit Arrest und kleineren Disziplinarstrafen	11	2	9	0	11
mit Gefängnis (neben Arrest und kleineren Disziplinarstrafen)	16	15	1	11	5

des Mannes erst von dem Urteil des Arztes (d. h. Psychiaters) über die geistige Gesundheit des Mannes abhängig machen wollte.

Es kommen in Betracht 38 Mann.

Von diesen litten an:

Imbezillität 13,
Dementia praecox 9,
psychopathischer Konstitution 12,
Epilepsie . . . . . 4.

Von diesen 38 Mann waren während des ersten Dienstjahres bestraft: nur mit kleineren Disziplinarstrafen sieben, nur mit Arrest vierzehn, mit beidem fünf, gerichtlich (neben oder ohne die vorgenannten Strafarten) zwölf.

Die Straftaten selbst ergeben sich aus der folgenden Tabelle:

Art der Straftat	absolute Zahl der Personen	Es waren deswegen bestraft								Von diesen litten an			
		1 mal	2 mal	3 mal	4 mal	5 mal	6 mal	7—9 mal	10-12 mal	Dement. praecox	Imbezillität	Psychopath. Konstitution	Epilepsie
Urlaubs - Überschreitung	10	9	1	—	—	—	—	—	—	1	3	6	—
Unerlaubte Entfernung bezw. Fahnenflucht .	14	8	5	1	—	—	—	—	—	—	8	4	2
Nachlässigkeit im Dienste	18	13	1	2	—	1	1	—	—	5	6	6	1
Achtungsverletzung . .	4	4	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—
Ungehorsam	17	7	7	—	1	—	1	1	—	3	8	5	1
Wachtvergehen . . .	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
Schmutzigkeit	9	4	2	2	—	—	—	—	1	4	5	—	—
Belügen eines Vorgesetzten	2	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—

Es sind im ganzen bei den 38 Mann verhängt worden: 51 kleinere Disziplinarstrafen, 73 Arreststrafen, 16 gerichtliche Strafen. Im Durchschnitt sind auf jeden der 38 3,7 Strafen verhängt. Die geringste Zahl der Bestrafungen war naturgemäß 1, die Höchstzahl 23. Der letzterwähnte Mann hatte erhalten 14 kleinere Disziplinarstrafen, 8 Arrest- und eine gerichtliche Strafen. Die Höchstzahl der gerichtlichen Bestrafungen bei einem Manne waren drei.

Es kann überflüssig, manchem sogar als müßige Spielerei erscheinen, daß ich über die Kriminalität meiner Mannschaften so umfangreiche Tabellen aufgestellt habe, um so mehr, da mein Material ja nur klein ist und es schon aus diesem Grunde verfehlt wäre, Schlüsse aus meinen Tabellen zu ziehen. Es war jedoch mein Streben, eingehend alle in Betracht kommenden Gesichtspunkte an meinem Material darzulegen und gleichzeitig auch andere Militärpsychiater anzuregen, ihr Material nach denselben Gesichtspunkten zu verarbeiten. Wenn wir erst ein Beobachtungsmaterial von vielen tausenden Fällen besitzen, wird es uns m. E. sicher gelingen, durch den Vergleich mit geistig vollwertigen Soldaten Schlüsse zu ziehen, die uns in der frühzeitigen Erkenntnis regelwidriger Geisteszustände der Heeresangehörigen weiter bringen. Ich selbst hoffe, in den nächsten Jahren an einem größeren Material als dem jetzigen den Nachweis zu führen, daß es sich bei meiner kleinen bisherigen Statistik durchaus nicht nur um Zufallszahlen und Zufallsbeobachtungen handelt.

Welche Schlußfolgerungen ergeben sich nun aus den vorhergehenden Beobachtungen?

Gleich Stier[83]) möchte ich als unbedingt richtig bei der Würdigung aller geistig Defekten voraussetzen „die klare Erkennung der Tatsache, daß die Pflicht, dem Vaterlande als Soldat zu dienen, nicht ein notwendiges Übel ist, zu der moralisch minderwertige Individuen „erst recht" „verurteilt" werden müssen, sondern daß diese Pflicht zugleich eine hohe Ehre ist, der nur die Besten und Tüchtigsten für würdig befunden werden dürfen". „Unser Bemühen müßte es also sein, ebenso wie

---

[83]) Stier: Die Bekämpfung des Verbrechens in der Armee. Archiv für Militärrecht Jahrg. 1909/10 Bd. 1 S. 84 u. folg.

wir in gesundheitlicher Beziehung alle diejenigen von der Armee fernhalten, die ihrer körperlichen oder geistigen Konstitution nach nicht die Gewähr geben, daß sie den hohen Anforderungen des militärischen Dienstes gewachsen sind, daß wir so auch diejenigen von der Armee fernhalten, die durch ihr Vorleben bewiesen haben, daß sie in moralischer Beziehung nicht geeignet sind, zu einem tüchtigen, zuverlässigen, ehrliebenden Soldaten erzogen zu werden. Eine Erweiterung der jetzt gültigen Bestimmungen über die Fernhaltung notorischer Verbrecher vom Heeresdienste wäre demnach der erste Schritt auf diesem Wege."

Nicht völlig beipflichten möchte ich jedoch Stier in seinen folgenden Worten: „Ob dabei die Begehung bestimmter Straftaten, die Art, Dauer oder Zahl der Strafen, die im bürgerlichen Leben schon über den Mann verhängt worden sind, zum Maßstabe für die Erkennung der „Unwürdigkeit" zum Heeresdienst gemacht wird, ist eine rein juristische bezw. gesetzgeberische Frage. die hier zu erörtern sich erübrigen dürfte." Ich glaube, daß gerade hier der Militärrichter und Gesetzgeber weitgehend auf die Mitarbeit und vor allem Vorarbeit des Psychiaters angewiesen sind, dessen Aufgabe es sein muß, durch möglichst eingehende Erforschung des Geisteszustandes von jungen, im Zivilleben vorbestraften Leuten deren etwaige abnorme, für den Militärdienst ungeeignete psychische Konstitution möglichst schon nach der Art ihrer Kriminalität zu erkennen. Ich huldige dem Optimismus, daß die Verarbeitung einer großen, auf tausende von militärpsychiatrisch beobachtete Fälle sich erstreckenden Statistik nach den von mir angeregten Gesichtspunkten schließlich doch dazu führt, praktische Gesichtspunkte zu gewinnen, die in einer gesetzlichen Bestimmung über den Ausschluß gewisser Krimineller vom Heeresdienst ihren Niederschlag finden.

Ich pflichte Stier aber rückhaltlos darin bei, „daß die Gefahr einer Ausnutzung solcher Bestimmungen nach der Richtung, daß junge Leute absichtlich irgendein Verbrechen begehen, um vom Heeresdienst befreit zu werden, recht gering zu sein scheint. Denn einmal ist es für jeden Menschen, der noch einen Rest von Ehrgefühl besitzt, keine angenehme Sache, vor der Welt als unwürdig zum Heeresdienst erklärt zu werden — und

Leute, denen auch dieser Rest von Ehrgefühl abgeht, kann die Armee überhaupt nicht gebrauchen — dann aber wäre es ja auch ein leichtes, die weitere Fernhaltung vorbestrafter Leute von der Armee mit der gleichzeitigen Bestimmung zu kombinieren, daß diese Leute bei der nächsten, auf ihre Militärbefreiung folgenden Verurteilung außer dieser Strafe z. B. noch auf ein bis zwei Jahre einem Arbeitshaus — aber nicht einer militärischen Arbeiterabteilung — überwiesen würden. Sie könnten sich dann für die Allgemeinheit nützlich machen, ohne daß die Armee genötigt würde, für den doch fruchtlosen Erziehungsversuch Zeit und Kraft aufzuwenden, und ohne daß die anständigen Söhne ordentlicher Familien, wie es jetzt leider noch immer geschieht, gezwungen würden, daß sie einen solchen moralisch verkommenen Mann als „Kameraden" ansehen, mit ihm auf einer Stube wohnen und dem verderblichen Einfluß eines Verkehrs mit ihm ausgesetzt werden".

Daß es heutigen Tages unendlich viel schneller und vollkommener gelingt als früher, geistig kranke oder abnorme Mannschaften zu erkennen und aus dem Heere auszuschließen, habe ich im vorhergehenden selbst zeigen können. Es ist dieses zurückzuführen auf die erweiterten Bestimmungen, nicht zum wenigsten auf die vertieften psychiatrischen Kenntnisse und Fähigkeiten der Truppenärzte, Militärrichter und Offiziere. Die zurzeit bestehenden ärztlichen Bestimmungen werden wesentlich — wie S t i e r es auch betont — „für die Zukunft ausgebaut werden können. Sie bedürfen eben einer notwendigen Ergänzung nach der Richtung, daß es auch leichter möglich gemacht würde als bisher, einen Mann wegen verbrecherischer Taten allein schon aus dem Heere zwangsmäßig zu entfernen. Die jetzt gültige Bestimmung, wonach notwendig nur mit der Verurteilung zu einer Zuchthausstrafe (und bei mehr als dreijährigem Ehrverluste) die Entfernung aus dem Heere eintreten muß, reicht längst nicht aus, und zwar um so weniger, als wir im Zeitalter milder Strafen leben und die Scheu vor der Verhängung einer Zuchthausstrafe noch immer im Zunehmen begriffen ist. Hat doch die Zahl der zur Entfernung aus dem Heere als Nebenstrafe verurteilten Soldaten von 113 im Jahre 1901, nach anfänglicher leichter Steigerung, bis auf 68 im Jahre 1907 fast ständig abgenommen. Diese einfache Zahlentatsache be-

weist also, wie wenig die Verhängung dieser Nebenstrafe für die Reinigung der Armee von schädlichen Elementen wirksam ist. Eine ernste Schärfung wäre also hier geboten."

Stier erörtert sodann erstens „die Erweiterung der Befugnis der Gerichte, auch bei leichteren wiederholten Delikten oder bei längeren Gefängnisstrafen gleichzeitig auf Entfernung aus dem Heere erkennen zu können", unter Überweisung des Verurteilten in ein Zivilgefängnis zwecks Strafverbüßung und zweitens die Versetzung in eine Arbeiterabteilung. Stier betont sehr richtig, daß durch die Versetzung in eine Arbeiterabteilung zwar die aktive Truppe von einem schädlichen Element befreit wird und dadurch eine schädliche Beeinflussung der Mannschaften verhindert wird, daß aber andererseits diese Persönlichkeiten „bei weiteren Vergehen, die selten ganz ausbleiben, doch wieder in die Festungsgefängnisse gelangen" und hier den Geist der übrigen, oft gar nicht so verdorbenen Mitgefangenen vergiften und eine erzieherische Beeinflussung dieser letzteren in den Gefängnissen stören und hindern. „Da aber ein erheblicher Teil der Festungsgefangenen später in die Truppe zurückkehrt, so ist der schädliche Einfluß von verkommenen, in die Arbeiterabteilung versetzten Leuten auf die Truppe durch ihre Versetzung zur Arbeiterabteilung nicht ganz aufgehoben, wenn auch allerdings erheblich vermindert."

Unter den heute bestehenden Verhältnissen „müssen wir erstreben, daß in diese Arbeiterabteilungen wenigstens möglichst viele von den Leuten gelangen, die sich als ehrlose, unerziehbare Gesellen erwiesen haben". Es würde ferner nach Stier einen leicht zu erzielenden Fortschritt bedeuten, wenn gesetzlich bestimmt würde, daß jeder in die zweite Klasse des Soldatenstandes versetzte Mann damit ohne weiteres in die Arbeiterabteilung gelangt — sicherlich für manchen eine wohltätige Bestimmung, wenn man berücksichtigt, wie oft das Fehlen, der Kokarde der Anlaß zu Streit und Prügeleien mit den Kameraden in der aktiven Truppe ist oder aber gar der Anlaß zur Fahnenflucht.

Stier gelangt schließlich zu folgenden praktischen Schlußfolgerungen: „Mir persönlich wenigstens scheint es die höchste und wichtigste Aufgabe des militärischen Justizbeamten und jedes militärischen Gerichts, ja auch jedes mit Disziplinar-

strafgewalt versehenen Truppenführers zu sein, die Ursachen, die einen bestimmten Mann zur Begehung einer bestimmten Straftat in einem bestimmten Augenblick geführt haben, mit allen möglichen Mitteln der Wissenschaft und Praxis daraufhin zu prüfen, ob sie in einer ehrlosen Gesinnung des Täters gelegen sind oder nicht, d. h. ob die Tat als Ausfluß eines von Grund auf verdorbenen Charakters, wie er im Heer nicht geduldet werden kann, sich darstellt oder ob sie nicht vielmehr als eine Entgleisung, eine vorübergehende Störung des Gleichgewichts zwischen den zur Tat drängenden Trieben und Gefühlen einerseits und den von der Tat zurückhaltenden, hemmenden Vorstellungen andererseits anzusehen ist. Die allein berechtigte und für die Armee nutzbringende Behandlung des Täters besteht dann in ersterem Falle in einer Entfernung aus dem Heere, vielleicht neben irgendeiner Freiheitsstrafe, in dem zweiten Falle dagegen in einer erzieherischen Beeinflussung unter möglichster Schonung des Ehrgefühls des Mannes."

Hinsichtlich Entscheidung der Frage, ob eine Kriminalität vor dem Diensteintritt der Ausfluß einer krankhaften oder abnormen Psyche ist, werden wir in erster Linie auf die Mitwirkung und Vorarbeit der Zivilbehörden angewiesen sein. „Dem Hereinragen der Psychopathologie in die Kriminalität der Jugendlichen wird noch immer bei allen Fortschritten auf diesem Gebiete nicht die gebührende Rechnung getragen. Allerdings findet jetzt eine weitergehende psychiatrische Berücksichtigung des Geisteszustandes statt. Ein weiterer Ausbau dieser Untersuchungen, die ja für die ganze künftige soziale Laufbahn von größtem Werte sind, und die unterschiedslose Übermittelung an den Militärarzt bei der Einstellung müssen den oft problematischen Wert der einfachen Mitteilung der Vorstrafen erhöhen" (M ö n k e m ö l l e r an zitierter Stelle).

In die Straflisten müßten vor allem — wie es bereits von psychiatrischer Seite längst gefordert wird — auch etwaige Freisprechungen aus § 51 StGB. bezw. eine Einstellung des Verfahrens aus demselben Paragraphen eingetragen werden.

Wichtige Unterlagen würden uns auch die von mir vorgeschlagenen und beim Kapitel der Fürsorgeerziehung erwähnten Zentralen für moralisch oder intellektuell auffällige Schüler geben. Bei häufig oder mit schwererer, länger dauernder Ge-

fängnisstrafe im Zivilleben vorbestraften jungen Leuten könnte der Gefängnisarzt dienstlich verpflichtet werden, die erwähnten Zentralen nach einer Zählkarte anzufragen. Ich habe bereits früher darauf hingewiesen, welche Bedeutung diese Zählkarten gerade auch für Gefängnisärzte gewinnen könnten. Sind erst einmal gewisse Unterlagen dem Gefängnisarzt gegeben, so wäre er durch Instruktion des Gefängnisaufsichtspersonals sicher leicht imstande, weiteres für die Beurteilung des Geisteszustandes des betreffenden Insassen wichtiges Beobachtungsmaterial zu erhalten. Empfehlenswert scheint mir auch die Einführung eines Fragebogens, etwa von derselben Art wie in den Fürsorgeanstalten. Die nur zu kurzfristigen Gefängnis- und Haftstrafen Verurteilten müßten naturgemäß wegen der Unmöglichkeit, ein Bild der psychischen Persönlichkeit in der kurzen Zeit zu gewinnen, ausscheiden; ebenso könnten alle diejenigen ausscheiden, die nach ihrer ganzen körperlichen Beschaffenheit mit Sicherheit dienstunbrauchbar sind. Die den Gefängnisärzten erwachsende Mehrarbeit stände m. E. in keinem Verhältnis zu dem großen Gewinn, der den Militärbehörden durch dieses Verfahren erwüchse. Ich habe z. B. bei zahlreichen, mit längeren Gefängnisstrafen im Zivilleben Vorbestraften bei den Gefängnissen angefragt und in den Personalakten des betreffenden Mannes eigentlich nur in seltenen Ausnahmefällen irgendeine auf den Geisteszustand sich beziehende Eintragung gefunden. Die Beobachtungen und Schlußfolgerungen des Gefängnisarztes müßten naturgemäß auf der Zählkarte kurz vermerkt werden. Wie diese Zählkarten bei der Aushebung zur Kenntnis des musternden Sanitätsoffiziers gelangen sollen, habe ich an anderer Stelle dargelegt.

Auf Grund dieser Unterlagen wird es sicher gelingen, bereits bei der Aushebung in größerem Umfange als bisher Kriminelle als psychisch defekt zu erkennen und als dienstunbrauchbar auszusondern. Gegen eine derartige Maßnahme würden keine Bedenken bestehen, wenn man die S t i e r schen Ausführungen über die Fernhaltung von notorischen Verbrechern vom Heeresdienste sich zu eigen macht.

In zahlreichen Fällen werden aber über Vorbestrafte keine Unterlagen hinsichtlich ihres Geisteszustandes bei der Aushebung vorliegen; der aushebende Sanitätsoffizier wird auch sehr

häufig nicht die Verantwortung und Entscheidung über die Dienstunbrauchbarkeit des betreffenden jungen Mannes übernehmen wollen. Dieses erscheint mir auch durchaus begreiflich, denn es ist ja oft selbst auf Grund von umfassenden Nachforschungen unmöglich, zu sagen, wieweit eine unzulängliche häusliche Erziehung für die sittliche Verwahrlosung als Ursache anzuschuldigen ist. In diesen Fällen müßte bereits bei der Aushebung die Einstellung des Mannes in eine Arbeiterabteilung verfügt werden können und auch ohne Humanitätsdusel verfügt werden. Um dieser Maßnahme das Schroffe, Ehrgefühlverletzende zu nehmen, wäre eine grundsätzliche Trennung der Arbeiterabteilungen in Mannschaften der 1. und 2. Klasse des Soldatenstandes zu fordern. Am zweckmäßigsten wäre diese Trennung auch räumlich vorzunehmen, um den prinzipiellen Unterschied bereits äußerlich zu kennzeichnen. Ob man soweit gehen will, diese Arbeiterabteilung für die Soldaten der 1. Klasse mit einem milderen Namen zu belegen, mag dahin gestellt bleiben.

Der Truppenarzt dieser Abteilung müßte grundsätzlich ein Psychiater sein, und zwar möglichst ein Psychiater ohne zu zahlreiche anderweitige dienstliche Inanspruchnahme, damit er sich einer möglichst eingehenden psychiatrischen Beobachtung und Erforschung seiner Mannschaften widmen könnte. Bestehen keine Zweifel über die geistige Gesundheit des Mannes, zeigt er Eifer und offenkundigen guten Willen, dann müßte seine Versetzung in die Truppe erfolgen. Diese Rückversetzung aus der Arbeiterabteilung in die Truppe müßte naturgemäß gegen heute weitgehend erleichtert werden. Ja, ich wäre sogar dafür, daß nach einer Bewährungsfrist aus den Papieren des Mannes seine ehemalige Zugehörigkeit zu der Arbeiterabteilung gestrichen werden kann, wie es ja im Zivilleben mit der bedingten Verurteilung Jugendlicher ähnlich der Fall ist. Umgekehrt hätte bei Mannschaften, die sich nicht bei der Truppe bewähren, die Rückversetzung in die Arbeiterabteilung zu erfolgen. Wenn ich mir die Mannschaften vergegenwärtige, die mehrfach wegen Bettelns, Landstreichens vorbestraft sind, die ein unstetes Leben geführt haben, die Haltlosen, die leicht der Verführung anheimfallen, dem Alkohol gegenüber keine Widerstandskraft entwickeln können und aus allen diesen Gründen bei der Truppe unter den

jetzigen Verhältnissen kriminell werden, so wäre das von mir vorgeschlagene Verfahren bei diesen Leuten etwas ausgesprochen Segensreiches. Besitzt der Mann Ehrgefühl und das Bestreben, frühere Verfehlungen zu sühnen, so wird seine Führung eine derartige sein, daß sehr bald seine Versetzung zur Truppe erfolgen kann. Haben sich Mannschaften bei der Truppe strafbar gemacht und haben die militärischen Vorgesetzten in den Festungsgefängnissen den Eindruck gewonnen, daß keine genügende erzieherische Beeinflussung erzielt ist, eine Haltlosigkeit besteht, die bei der Truppe erneute Konflikte voraussehen läßt, dann müßte gleichfalls die Überweisung des betreffenden Soldaten in die von mir vorgeschlagene Formation erfolgen können.

Andererseits müßte auch die gesetzliche Möglichkeit gegeben sein, Mannschaften aus der vorgeschlagenen Art der Arbeiterabteilung in die zweite Klasse des Soldatenstandes zu versetzen und damit in besondere Abteilungen. Diese letzteren würden dann aus Soldaten bestehen, deren geistige Gesundheit richtiger Dienstfähigkeit, zweifelsfrei ist und auf die ganze Strenge der militärischen Disziplin zwecks nachhaltiger erzieherischer Beeinflussung anzuwenden wäre.

Wir würden durch meinen Vorschlag einerseits besser als bisher dem Geisteszustande der im Zivilleben Vorbestraften gerecht werden, d. h. vollkommener als bisher geistig Defekte erkennen und vom Heeresdienste ausschließen können. Andererseits aber könnten wir besser als bisher verhindern, daß so mancher harmlose, gutartige, vielleicht etwas schwache Sohn anständiger Eltern durch den Einfluß eines verkommenen Kameraden verdorben und vergiftet wird.

Besonderer Wert wäre in den angeregten Formationen auf eine Schonung des Ehrgefühls zu legen. Man müßte also — wie bereits betont — die leichte Versetzung zur Truppe ermöglichen, als Personal besonders qualifizierte, ruhige Unteroffiziere auswählen, die diese Mannschaften nicht als „Verbrecher" behandeln, vor allem ihnen auch keine besondere, auffällige Uniform geben, die sofort die Aufmerksamkeit des Straßenpublikums erregt. Ich kann im übrigen mich auf die Ausführungen von Krüger[84]) in seiner Arbeit: „Einige Ge-

[84]) Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1911 Heft 7.

sichtspunkte, die Behandlung von Militärgefangenen bezw. Arbeitssoldaten betreffend" beziehen, die jeder, der selbst wie Verfasser, Arzt an einem Festungsgefängnis war, unbedingt teilen wird.

Widerlegen möchte ich noch kurz den Einwand, die von mir vorgeschlagenen modifizierten Arbeiterabteilungen würden den Charakter der afrikanischen Disziplinarbataillone an sich tragen. Dieses wäre durchaus nicht der Fall, denn die erwähnten Disziplinarbataillone entsprechen durchaus nicht unseren Arbeiterabteilungen. Lehrreich wäre für uns aus den Beobtungen von Jude[85]) und Rebierre[86]), daß eine abwechslungsreichere Beschäftigung als Manöver, Expeditionen psychisch gut auf diesen Ausschuß der Disziplinarbataillone wirkt, auf diese Psychopathen, Alkoholiker, Vagabunden, Zuhälter. So wäre auch in den modifizierten Arbeiterabteilungen der Dienst möglichst dem Dienste der Truppe ähnlich zu gestalten, nur eben mit erhöhten Freiheitsbeschränkungen sowie größerer Beobachtung und Aufsicht.

Zu erwägen wäre ferner, in den Papieren die ehemalige Zugehörigkeit des betreffenden Mannes zu der modifizierten Arbeiterabteilung zu streichen. Ich bin überzeugt, daß die Aussicht auf Versetzung zur Truppe und Streichung dieser Zugehörigkeit in den Papieren bei einwandsfreier, guter Führung ein vorzügliches Mittel zur Weckung des Ehrgefühls und des Ehrgeizes sein würde und selbst für so manchen Psychopathen, so manchen Debilen einen heilsamen erzieherischen Faktor darstellen würde.

Überblicke ich nochmals in Kürze meine vorstehend geschilderten Beobachtungen und Schlußfolgerungen, so glaube ich gezeigt zu haben, daß die als einseitig und wenig fruchtbar verdächtigte Militärpsychiatrie unendlich viel des Interessanten darbietet. Ferner dürfte klar sein, wie eifrig und vielfach auf diesem, ich möchte sagen Teilgebiet der Allgemeinpsychiatrie gearbeitet wird und wieviel bereits erzielt worden ist. Wenn auch Vorstrafen eines Soldaten vor dem Diensteintritt heute

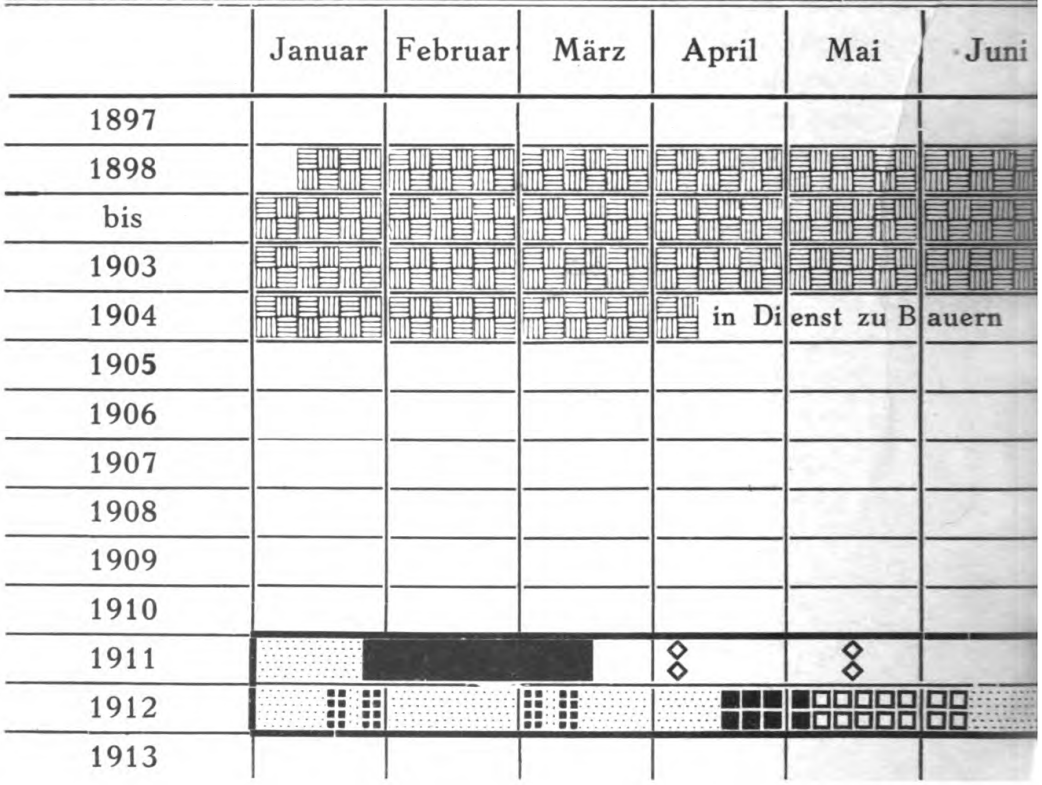
---

[85]) R. Jude: Les dégénérés dans les bataillons d'Afrique.

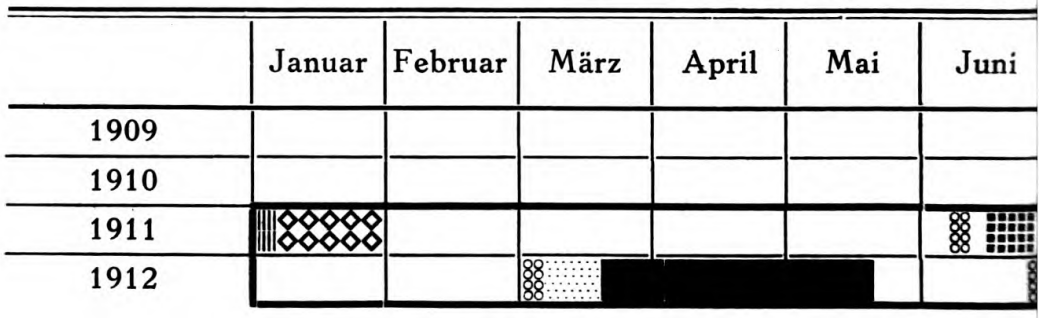
[86]) Rebierre: Joyeux et demifous, Archives de Médicine et de Pharmacie militaires. Band 53 1909.

erst für den Truppenarzt die Bedeutung haben, diesem Manne erhöht die ärztliche Aufmerksamkeit zuzuwenden, so glaube ich, daß die erhöhte Beachtung des Kapitels: Kriminalität und geistige Gesundheit sowie die Verarbeitung eines großen Beobachtungsmaterials durch uns Militärpsychiater doch allmählich praktische Ergebnisse zeitigt, die schließlich dazu führen, unser Heer in größerem Maße als bisher von geistig kranken oder ungeeigneten Elementen säubern zu können.

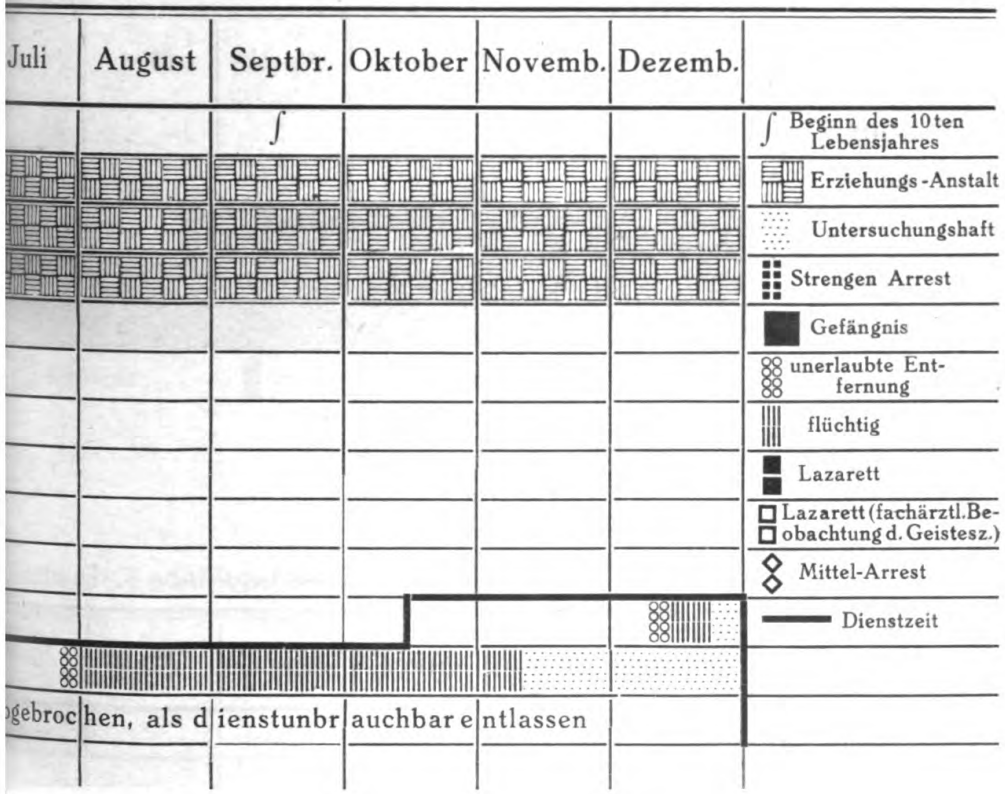
1. Ra. Musktetier, 2. Dienstja



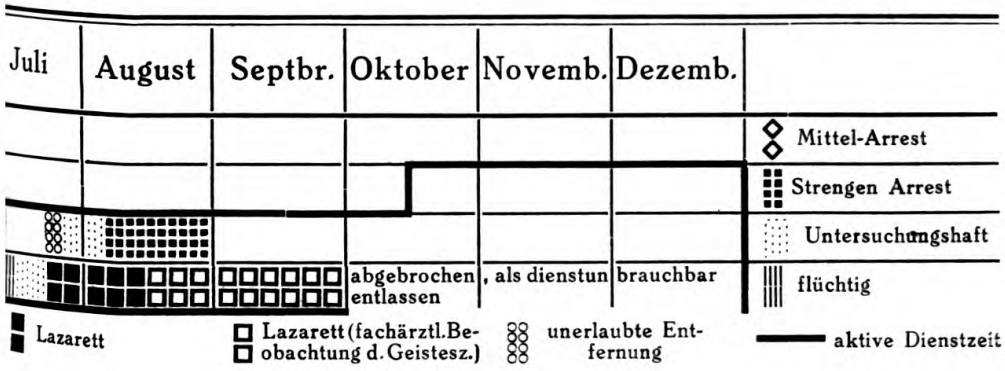
2. No. Musketier, 2. Dienstjal



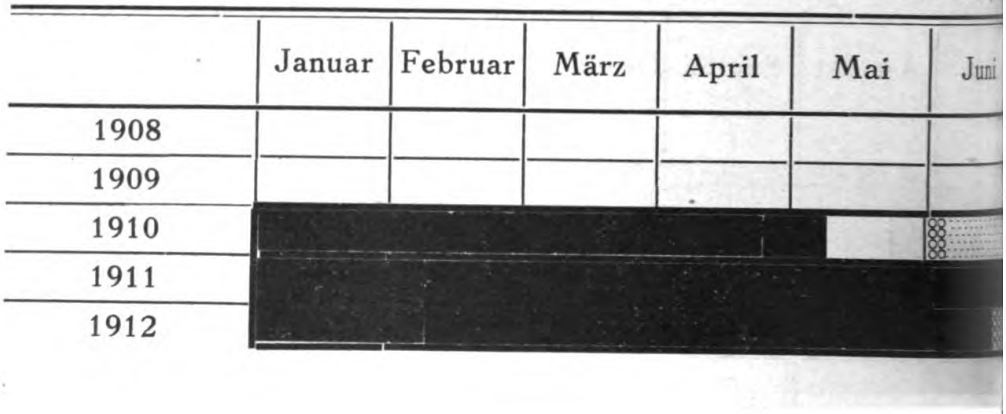
bezillität (beträchtlichen Grades)



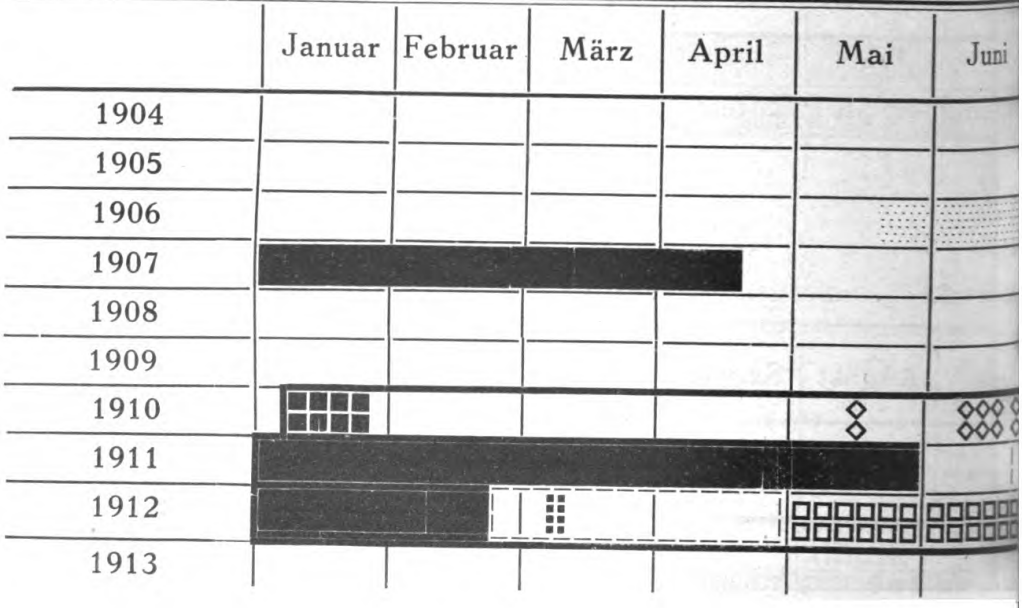
ebilität.



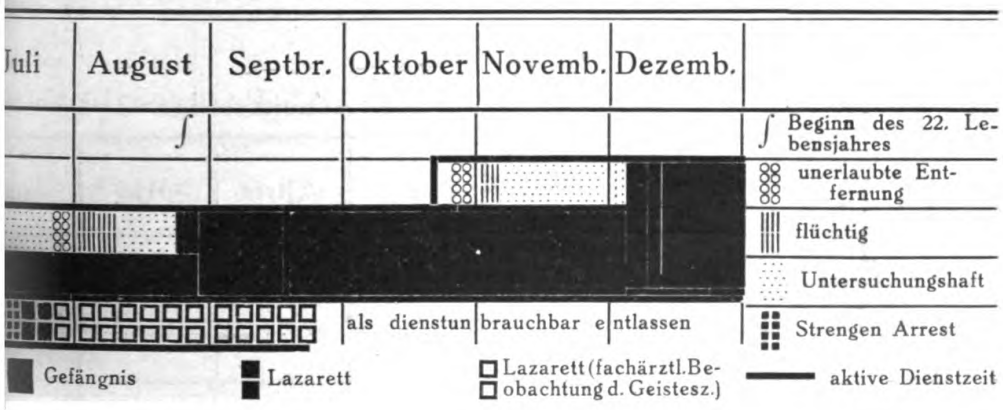
3. Mi. Füsilier, 3. Dienstja



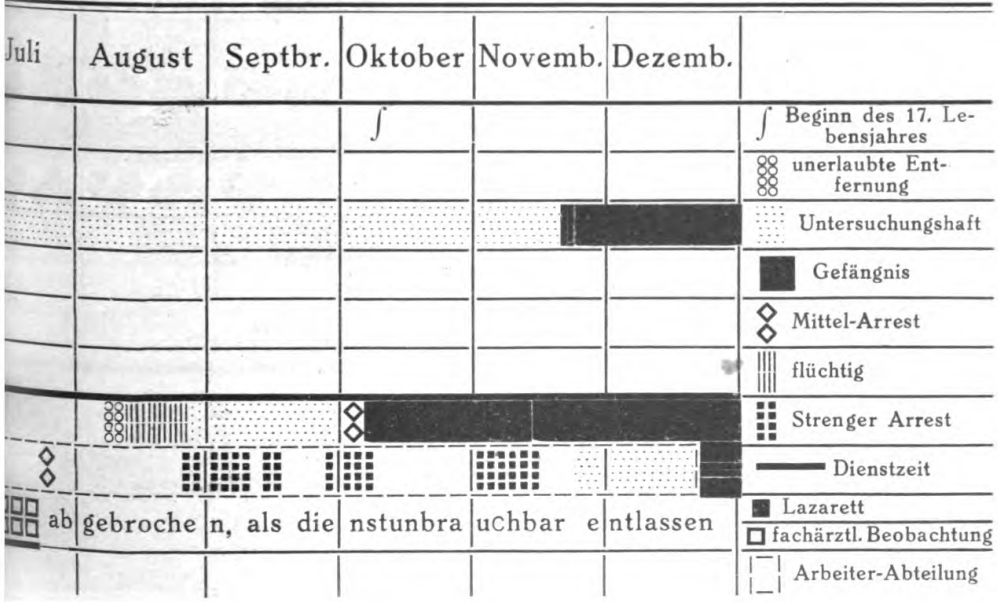
4. Wi. Arbeitssoldat, 3. Dienstjah



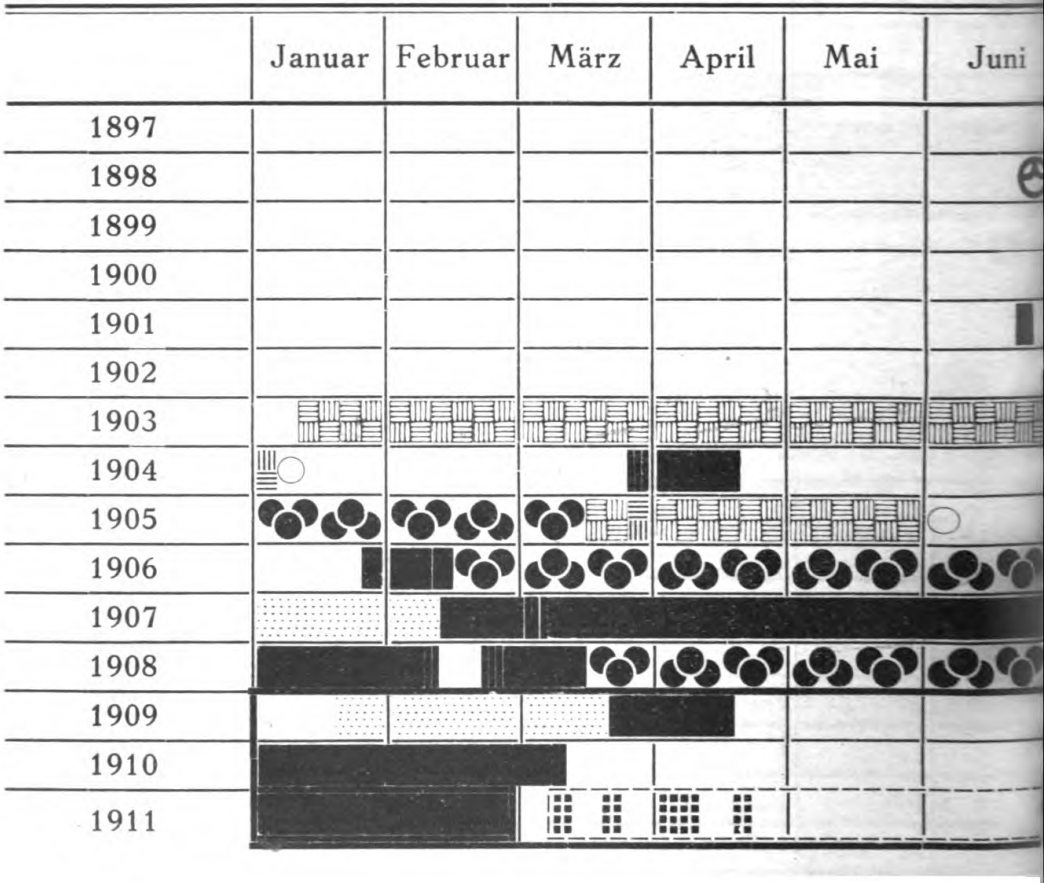
bezillität mäßigen Grades

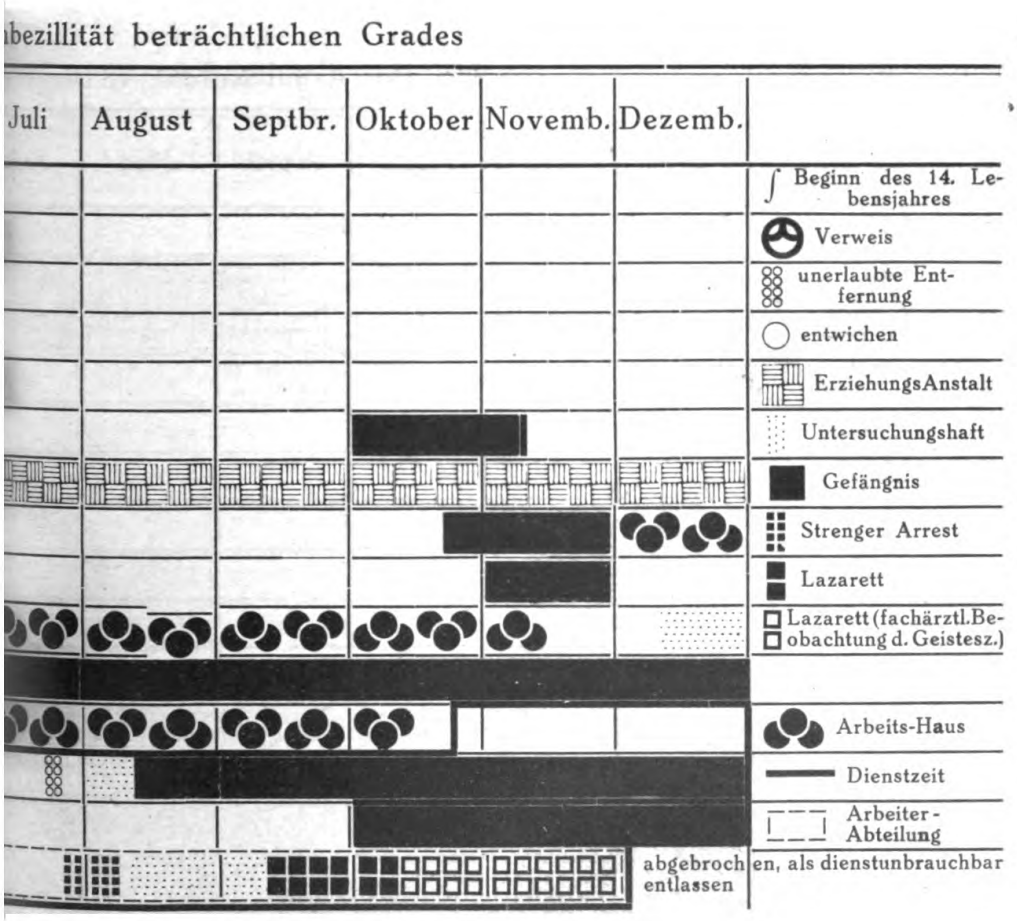


bezillität beträchtlichen Grades

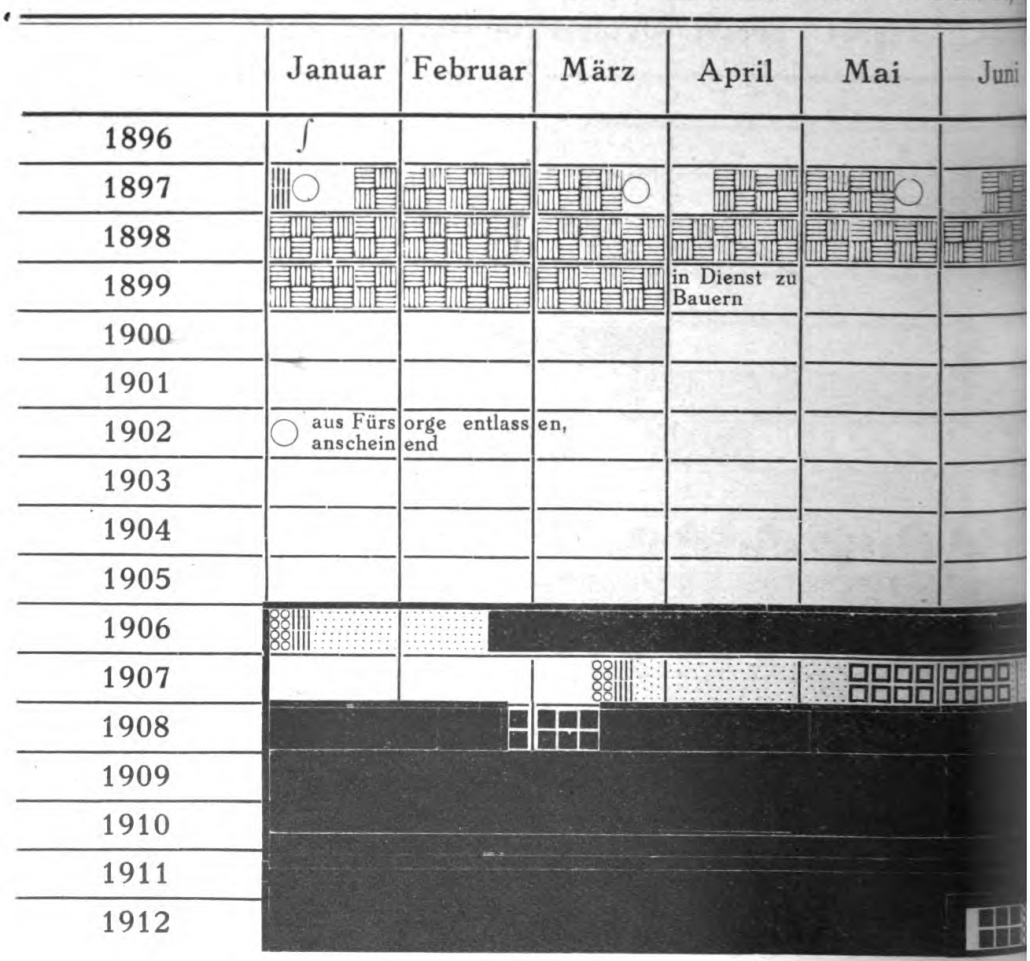


5. Re. Arbeitssoldat. 3. Dienstjah

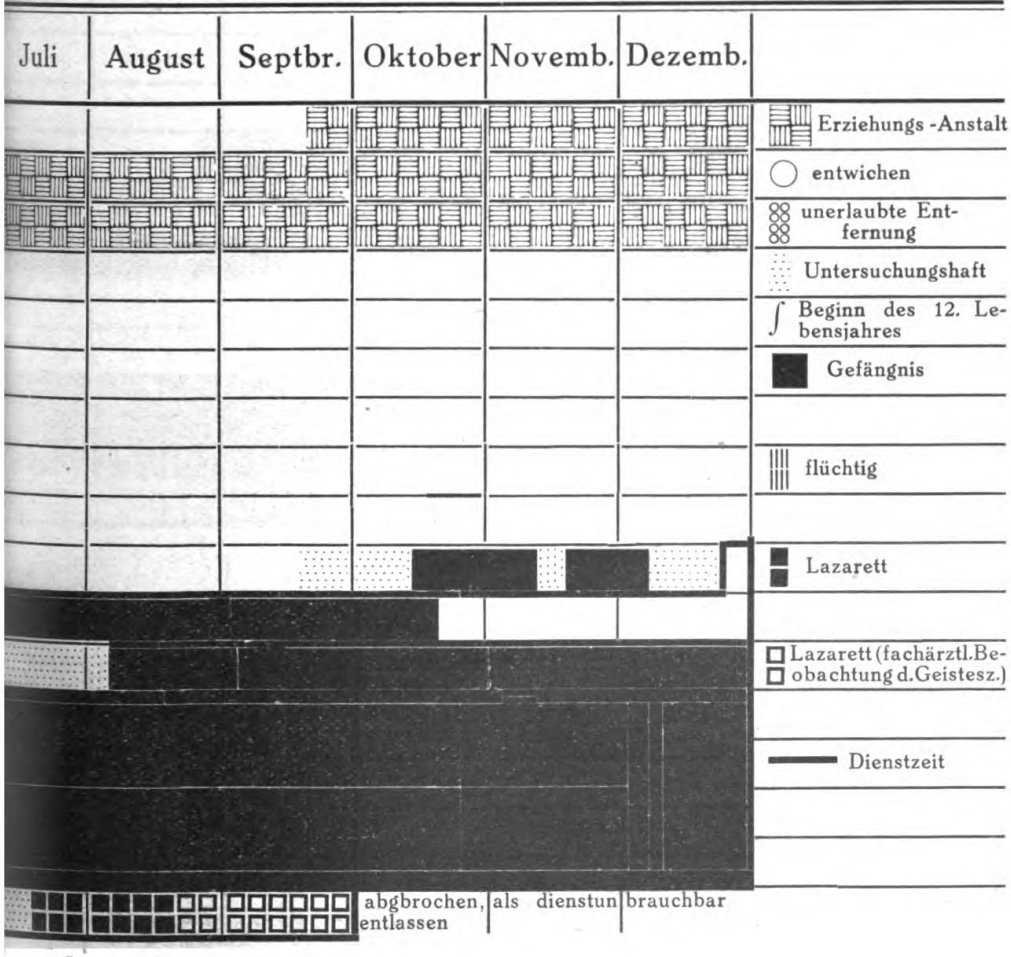



ıbezillität beträchtlichen Grades
Juli
August
Septbr.
Oktober
Novemb.
Dezemb.
Beginn des 14. Lebensjahres
Verweis
unerlaubte Entfernung
entwichen
ErziehungsAnstalt
Untersuchungshaft
Gefängnis
Strenger Arrest
Lazarett
Lazarett (fachärztl. Beobachtung d. Geistesz.)
Arbeits-Haus
Dienstzeit
Arbeiter-Abteilung
abgebroch
entlassen
en, als dienstunbrauchbar

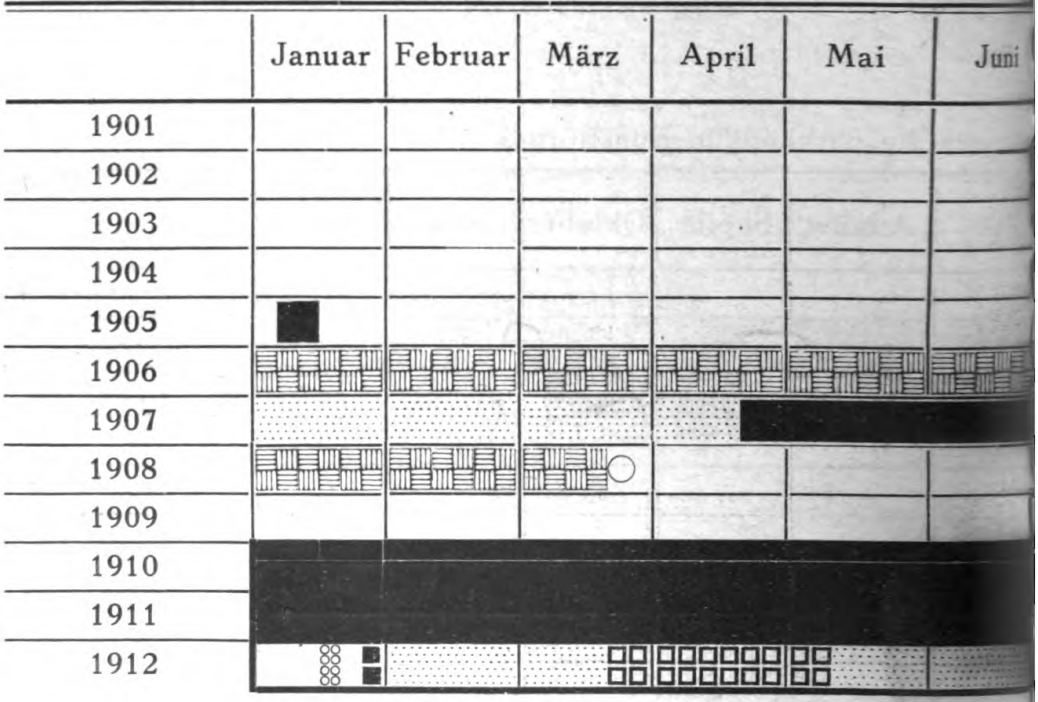
6. Bö. Arbeitssoldat 7. Dienstja



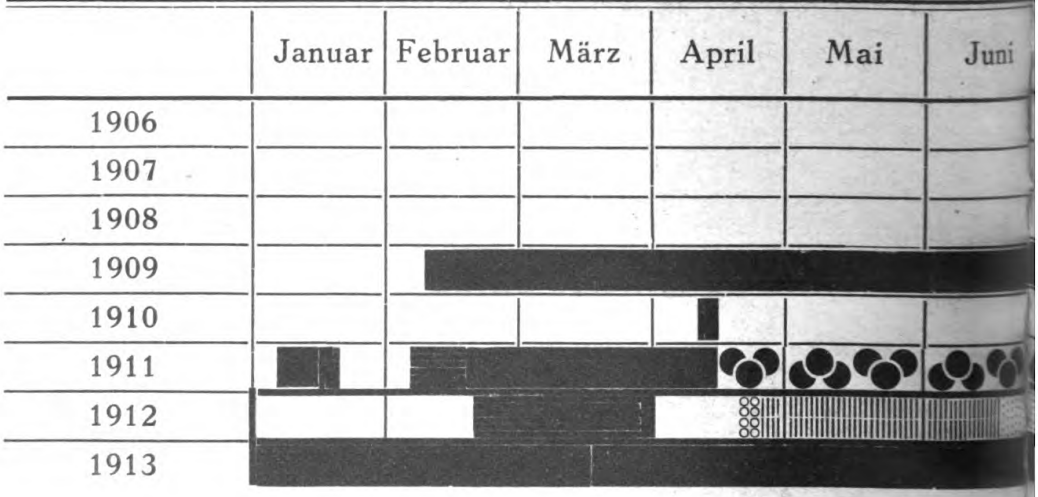
Epileptische psychopath. Konstitution



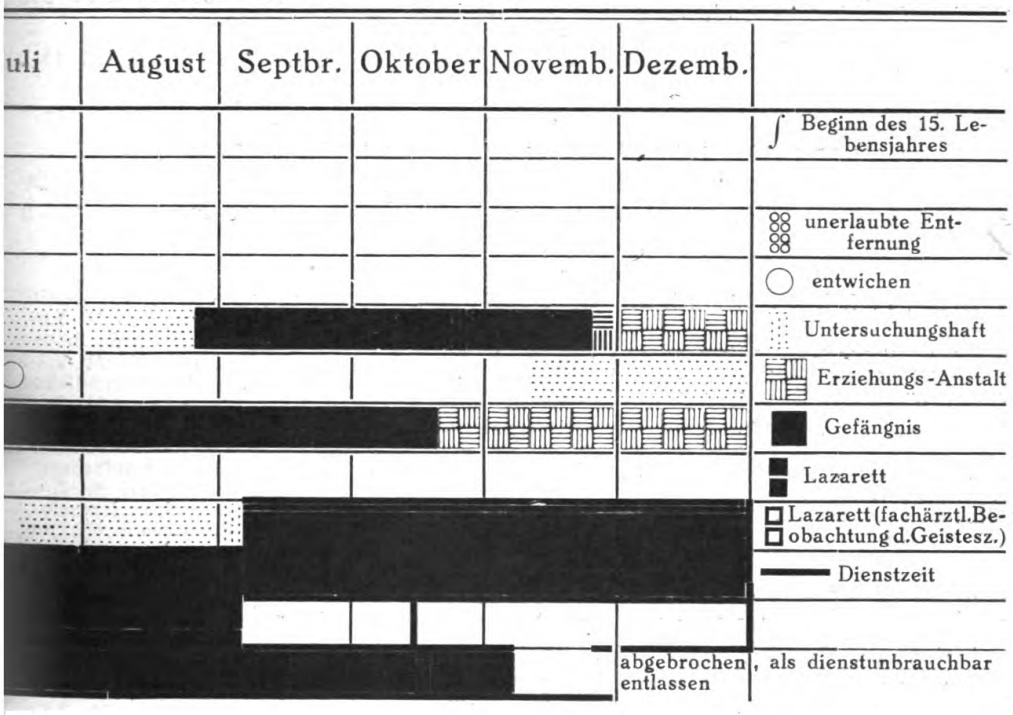
7. Bu 1. Dienstja



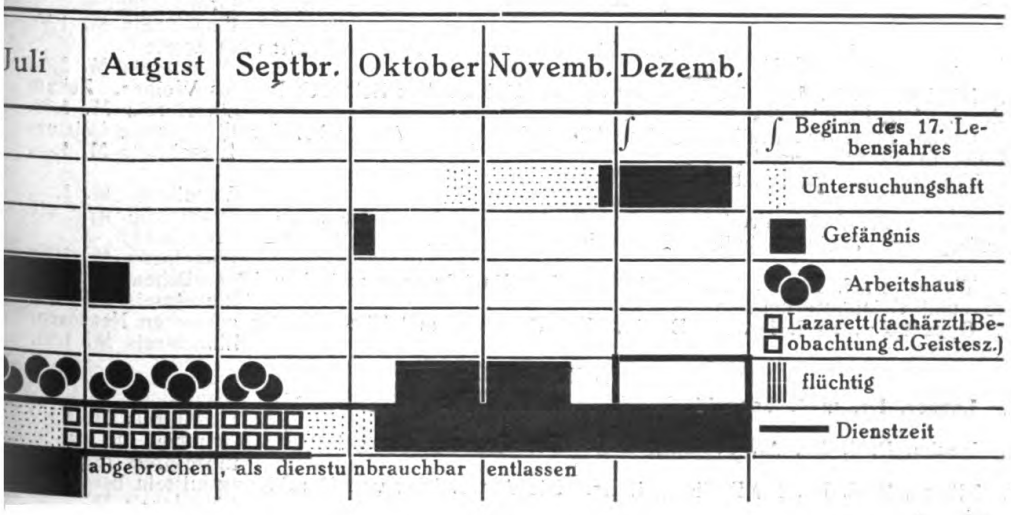
8. Bl. 1. Dienstjahr



enerative psychopath. Konstitut.



ltloser Psychopath.



Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

Begründet von Direktor Professor Dr. **Konrad Alt** in Uchtspringe (Altmark).

Herausgegeben von

Prof. Dr. **O. Bumke**, Rostock-Gehlsheim.

Abonnementspreis pro Band = 8 Hefte 8 Mark. — Es liegen bis ietzt 10 Bände abgeschlossen vor, der elfte Band ist im Erscheinen. Jedes Heft ist auch einzeln käuflich.

ERSTER BAND.

Heft 1. **Hoche**, Prof. Dr., Freiburg i. Br. Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 1,80.

Heft 2/3. **Ziehen**, Prof. Dr. **Th.**, Berlin. Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 2,—.

Heft 4. **Kirchhoff**, Professor Dr., Schleswig. Neuere Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen. Einzelpreis M. 1,—.

Heft 5/6. **Bruns**, Prof. Dr. **L.**, Hannover. Die Hysterie im Kindesalter. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 1,80.

Heft 7. **Windscheid**, Professor Dr. **Franz**, Leipzig. Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 2,—.

Heft 8. **Hoche**, Prof. Dr., Freiburg i. Br. Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Einzelpreis M. 1,40.

ZWEITER BAND.

Heft 1. **Arndt**, Prof. Dr. **Rud.**, Greifswald. Was sind Geisteskrankheiten? Einzelpreis M. 1,50.

Heft 2. **Tiling**, Direktor Dr. **Th.**, Rothenberg. Über alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex Einzelpreis M. 0,80.

Heft 3/4. **Hoffmann**, Dr. **Aug.**, Düsseldorf. Über die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei Nervenkrankheiten in der Praxis. Einzelpreis M. 2,40.

Heft 5/6. **Bratz**, Dr., Berlin. Die Behandlung der Trunksüchtigen unter dem Bürgerlichen Gesetzbuch. Einzelpreis M. 2,40.

Heft 7/8. **Alt**, Prof. Dr. **K.**, Uchtspringe. Über familiäre Irrenpflege. Einzelpreis M. 3,—.

DRITTER BAND.

Heft 1. **Schultze**, Professor Dr. **Ernst**, Bonn. Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Novelle zur ZivilprozeBordnung. Einzelpreis M. 1,80.

Heft 2. **Arndt**, Prof. Dr. **Rud.**, Greifswald. Wie sind Geisteskrankheiten zu werten? Einzelpreis M. 2,—.

Heft 3. **Möbius**, Dr. **P. J.**, Leipzig. Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Zehnte Auflage. Mit Bildnis des Verfassers. Einzelpreis M. 1,60.

Heft 4. **Hoche**, Prof. Dr., Freiburg i. Br. Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt. Einzelpreis M. 1,—.

Heft 5. **Trömner**, Dr. **E.**, Hamburg. Das Jugendirresein (Dementia praecox). Einzelpreis M. 1,—.

Heft 6. **Hoche**, Prof. Dr., Freiburg i. Br. Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten? Einzelpreis M. 1,20.

Heft 7. **Weber**, Prof. Dr. **L. W.**, Göttingen. Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Einzelpreis M. 1,50.

Heft 8. **Oppenheim**, Prof. Dr. **H.**, Berlin. Zur Prognose und Therapie der schweren Neurosen. Einzelpreis M. 1,50.

VIERTER BAND.

Heft 1. **Laquer**, Dr. med. **Leopold**, Frankfurt a. M. Über schwachsinnige Schulkinder. Einzelpreis M. 1,50.

Heft 2. **Hoche**, Prof. Dr. **A.**, Freiburg i. B. Die Grenzen der geistigen Gesundheit. Einzelpreis M. 0,80.

Heft 3. **Pfister**, Prof. Dr. **H.**, Freiburg i. Br. Die Anwendung von Beruhigungsmitteln bei Geisteskranken. Einzelpreis M. 1,20.

Heft 4. **Weil**, Dr. **Max**, Stuttgart. Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Einzelpreis M. 0,60.

Heft 5. **Laquer**, Dr. **Remus**, Wiesbaden. Über Höhenkuren für Nervenleidende. Einzelpreis M. 0,60.

Heft 6/7. **Weygandt**, Prof. Dr. **W.**, Hamburg. Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Einzelpreis M. 2,40.

Heft 8. **Liepmann**, Privatdozent Dr. **H.**, Pankow b. Berlin. Über Ideenflucht. Einzelpreis M. 2,50.

Emil Wolff & Söhne. Halle a. S

(Aus der Nervenabteilung der Beratungsstelle für Kopfverletzte an der Akademie für praktische Medizin in Cöln.)

Lokalisierte und allgemeine Ausfallserscheinungen nach Hirnverletzungen und ihre Bedeutung für die soziale Brauchbarkeit der Geschädigten

Von

Professor Dr. **Aschaffenburg**

Cöln

Halle a. S. 1916

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten

Begründet von

Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,

Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung

der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Geheimrat Prof. Dr. A. Hoche in Freiburg i. Br., Prof. und Direktor Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, San.-Rat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Med.-Rat Dr. Mayser in Hildburghausen, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden

herausgegeben von

Prof. D. O. Bumke,

Rostock-Gehlsheim.

Band XI, Heft 6.

---

[1])Das Kaiserwort vom Krieg und den Nerven hat für Laien die Beziehung der beiden ins richtige Licht gestellt. Die Ärzte waren sich der Bedeutung dieser Frage von Haus aus voll bewußt und in der reichen Literatur, die der Krieg gezeitigt, findet sich das Problem von den verschiedensten Seiten aus beleuchtet.

Ihre Betrachtungen knüpfen naturgemäß meist an das an, was wir von der Neurasthenie her wissen, insoferne diese mit Recht, zum Teil wenigstens, als eine Steigerung jener Zustände von Ermüdung und Erschöpfung gedeutet wird, die auch jeder Gesunde unter entsprechenden Bedingungen der Beobachtung darbietet. Deshalb werden wir auch, mehr als bei der Erklärung irgendwelcher anderen Krankheitserscheinungen, bei denen der Neurasthenie unmittelbar auf die von der allgemeinen Physiologie gebotenen Erklärungen der Lebenserscheinungen gewiesen.

Im Nachstehenden möchte ich nun einige Gesichtspunkte und Tatsachen hervorholen, die, soweit ich sehe, noch keine genügende Beachtung oder ausführlichere Erörterung gefunden [2]) und doch geeignet sind, unser Verständnis der sich in diesem Kriege darbietenden Erscheinungen weiter als dies bisher geschehen zu fördern.

Was damit beabsichtig wird, ist der Versuch, eine Tatsache, die gerade der Krieg jetzt wieder in helles Licht gestellt hat, die Frage der Reserven des Nervensystems in Rücksicht ihrer tieferen Grundlagen zu prüfen; insbesondere nachzusehen, ob auch hinsichtlich der Detailfrage, woher die „ungeahnten,

---

[1]) Vorliegende Arbeit ist eine Erweiterung der Eröffnungsvorlesung im Wintersemester 1915.

[2]) Nachdem die vorliegende Arbeit nahezu vollendet war, sind mir zwei weitere Publikationen teilweise einschlägigen Inhalts zur Kenntnis gekommen; sie geben mir keine Veranlassung zu Änderungen und wird es deshalb genügen, wenn ich mich in einem Nachtrage mit denselben auseinandersetze.

nungen, scharf abgegrenzt, oft auf ganz geringfügige Funktionsstörungen beschränkt, glichen besonders nach Durch- und Steckschüssen zuweilen geradezu einem physiologischen Experiment; wir versprachen uns sowohl für die Lehre von der Lokalisation der körperlichen und psychischen Leistungen wie für unsere Auffassung des Aufbaus psychischen Geschehens reiche wissenschaftliche Ausbeute.

Aber neben dieser verlockenden Aussicht erweckte die Abgegrenztheit der Ausfallserscheinungen die Hoffnung und Erwartung leichterer Ausgleichbarkeit, zumal in Anbetracht des Vorzugs der Kriegsverletzungen, daß es sich fast durchweg um sonst gesunde Menschen handelt. Hartmann hat dieser Auffassung dadurch auch sprachlich Ausdruck gegeben, daß er die Gehirnkrüppel oder Gehirnverletzten der Kriegszeit den Gehirnsiechen der Friedenszeit gegenüberstellte; bei diesen — so nahm er und andere an — sind die Störungen infolge der allgemeinen Prozesse, die der Erkrankung zugrunde liegen, doch nur in beschränktem Maße besserungsfähig, während die nicht sofort oder schon in den ersten Tagen und Wochen zugrunde gegangenen Gehirnverletzten, zumal sie meist jung sind, außerordentlich günstige Aussichten für die Wiederherstellung zu gewähren schienen. Und wie Hartmann, so gingen wir wohl alle mit großer Hoffnungsfreudigkeit an die Behandlung der Kopfschußverletzten heran.

Dieser Optimismus, der uns erwarten ließ, wir würden einen großen Teil dieser Kriegsopfer wieder zu gesunden oder mindestens zu sozial vollwertigen Menschen machen können, war unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt.

Die erste Voraussetzung ist, daß wir imstande sind, die Schädigungen genau nach Art und Umfang zu erkennen und weiterhin festzustellen, wie und wieweit dadurch die Leistungsfähigkeit der Betroffenen herabgesetzt wird. (Ein Beispiel für die Notwendigkeit einer ganz genauen Diagnose als Voraussetzung der Behandlung: Ein Mann kann nicht mehr ordentlich schreiben. Das kann bedingt sein durch Schreibkrampf, durch Lähmung der Hand, durch Sehstörung, Alexie, Agraphie, Apraxie, durch Vergeßlichkeit, Verwirrtheit und manches andere. Der Weg zur Hei-

lung ist für jede dieser Ursachen der Schreibstörung ganz verschieden.)

Die zweite Voraussetzung ist die, daß wir überhaupt in der Lage sind, für die Ausfallserscheinungen Ersatz zu schaffen. Sei es dadurch, daß wir andere Gehirnteile auf die verloren gegangenen gleichartigen Funktionen einüben können, etwa die motorischen Leistungen durch die rechte Zentralwindung statt durch die verletzte linke ausführen lassen; sei es dadurch, daß wir die Funktionen auf einem Umwege, durch Umlernen wieder herstellen. (Ein Beispiel: Wir können einen Menschen, der infolge Verlustes der visuellen Bilder nicht mehr ausreichend rechnen kann, wieder zum Rechnen bringen, indem wir ihn lehren, sich die Zahlen und Zahlengruppen auf akustischem, motorischem oder assoziativem Wege einzuprägen und mit akustischen und motorischen Erinnerungsbildern statt der optischen zu arbeiten.

Die dritte Voraussetzung endlich ist, daß wir es tatsächlich mit lokalisierten Störungen zu tun haben, die so, wie wir sie zuerst oder nach der chirurgischen Heilung finden, bleiben oder sich bessern, nicht aber um sich greifen und sich verschlimmern oder Spätfolgen nach sich ziehen; vor allem, daß neben den lokalisierten Ausfallserscheinungen keine erheblichen Allgemeinstörungen der Hirnfunktionen bestehen oder sich entwickeln. Es wird also zu untersuchen sein, ob und wie weit diese drei Voraussetzungen eintreffen.

II.

Vor der Beantwortung dieser Fragen ist es notwendig, einige allgemeine Bemerkungen vorauszuschicken. Von den Schädelschußverletzten geht ein ganz erheblicher Teil — die Chirurgen rechnen für Tangential- und Steckschüsse 30 bis 35%, für Diametralschüsse etwas weniger — sofort oder bald nach der Verletzung zugrunde. Wir haben es also schon von vornherein bei unsern Kranken mit einer Auslese zu tun, die Leichtverletzte, mit Erfolg Operierte oder sonst besonders gut abgelaufene Fälle umfaßt. Der Regel nach sind die Kranken, wenn sie uns zugewiesen werden, chirurgisch geheilt,

jedenfalls frei von allen unmittelbar mit der Verletzung zusammenhängenden akuten Störungen durch Blutung, Eiterung, Abszeßbildung, Meningitis und Enzephalitis. Die uns hier interessierenden Fragen kommen im allgemeinen nur für diese chirurgisch Geheilten und für die durch stumpfe Gewalt Beschädigten in Betracht.

Wir wußten schon in Friedenszeiten, daß die äußere Verletzung durch einen Fall auf oder einen Schlag gegen den Schädel kein zuverlässiger Maßstab für die Schwere ihrer Folgen ist. Für die psychischen Erscheinungen war das verständlich; denn die seelische Wirkung, der Schreck, die Gemütserregungen hängen durchaus nicht von der objektiven Schwere eines Unfalls oder einer Schädelverletzung ab, sondern von der Persönlichkeit des Betroffenen. Weniger bekannt und vielfach geradezu bestritten war das Vorkommen eines weitgehenden Mißverhältnisses auch zwischen der äußerlich erkennbaren Schädigung und den organischen Ausfallserscheinungen. Ab und zu wurde zu unserer Überraschung auch ohne äußerlichen Anhaltspunkt für eine schwere Verletzung einmal eine umfangreiche Zertrümmerung größerer Gehirnteile gefunden. Meiner persönlichen Erfahrung nach sind sogar solche Fälle nicht selten; weder die Art der Schädigung, noch die unmittelbar danach auftretenden Symptome lassen zuweilen vermuten, daß tatsächlich Schädelbrüche vorliegen, bis wir durch das Röntgenbild darüber belehrt werden. Aber es ist wohl für uns alle etwas Neues, daß solche Ereignisse so oft vorkommen. Und doch darf uns das nicht wundernehmen. Die lebendige Kraft des plötzlichen Stoßes, der den Schädel trifft, pflanzt sich in ihm fort und wirkt infolge des Beharrungsvermögens auch auf seinen beweglichen Inhalt. Tilmann fand beim gefüllten Schädel stärkere Sprengwirkungen durch Fall und Aufschlagen als beim ungefüllten und machte es durch diesen und andere Versuche verständlich, weshalb auch ohne Gestaltsveränderung der Schädelkapsel und bei unverletztem Schädel durch Anschleudern des Gehirns gegen den knöchernen Schädel Quetschungen und Zerstörungen der Gehirnsubstanz zustande kommen können.

Die Feststellung, welche Bedeutung den mechanischen Vorgängen zukommt, enthebt uns der Notwendig-

keit, die scheinbar so rätselhaften Blutungen und Gewebszertrümmerungen bei Fehlen erheblicherer äußerer Verletzungen durch gewagte Hypothesen wie erhöhte Brüchigkeit der Hirngefäße, plötzliche Steigerung des Blutdrucks durch Schockwirkung zu erklären. Die Folgen eines Sturzes, des Aufschlagens von Verschanzungsteilen und Erdmassen gegen den Kopf bei Verschüttungen werden nur durch die Beachtung der mechanischen Vorgänge ganz verständlich, ebenso wie wir nur dadurch einen vollen Einblick in die Wirkungen der Schädelschüsse gewinnen.

Das in den Schädel eindringende Geschoß treibt Knochensplitter und die Gehirnmasse, durch die es seinen Weg nimmt, in der Richtung des Schusses vor sich hin. Schon bei oberflächlichen Gehirnstreifschüssen von 3 cm Länge werden nach Tilmann 1500 cmm Hirnmasse, bei einem Diametralschuß von 20 cm Länge sogar 10 000 cmm in Bewegung gesetzt. Der Druck, den das Geschoß ausübt, sucht nach allen Seiten auszuweichen, und jeder diesem Druck ausgesetzte Knochen und Hirnteil wirkt — wenn auch abgeschwächt und schnell abnehmend — sozusagen als neues Projektil bis zur Erschöpfung der lebendigen Kraft. Ist diese so gewaltig, wie bei Nahschüssen, so wirkt das gerade auftreffende Geschoß wohl stets tödlich, ist sie geringer, so beobachten wir das Erscheinen von Knochensplittern, die radiär vom Schußkanal ins Gehirn geschleudert worden sind, an weit entfernten Stellen und von Blutungen, häufiger von Zerquetschungen und Erweichungsherden auch an Orten außerhalb des Geschoßbereichs. Die Schwäche eines Fernschusses führt zu Steckschüssen, bei denen die Hirnschädigungen, wenn nicht gerade besonders wichtige Teile getroffen werden, am geringsten sind.

Eine ganz besondere Bedeutung beanspruchen diese mechanischen Wirkungen der lebendigen Kraft des Geschosses bei Prell-, Tangential- und Rinnenschüssen. Auf der Kriegschirurgentagung in Brüssel (7. April 1915) waren alle sich einig über die außerordentliche Gefährlichkeit dieser Verletzungen. Es wurde geradezu behauptet, daß Tangentialschüsse „notwendig" Einsprengungen von Knochensplittern in Dura und Gehirn zur Folge haben müßten. Wenn das auch wohl für ganz kraftlose Fernschüsse nicht zutreffen dürfte, so besteht doch

kein Zweifel mehr, daß bei Nahschüssen ein Geschoß, das den Schädel nur streift, ohne den Knochen anzuschneiden, die Innentafel zum Splittern bringen und, bei großer lebendiger Kraft, die Knochenteilchen durch die Dura bis weit in das Gehirn heineintreiben kann. Außer den dadurch entstehenden Verletzungen der Hirnsubstanz, der Zerreißung von Gefäßen und der Wirkung der dabei entstehenden Blutungen kommt es aber auch durch Durchbiegung des Schädeldaches und — meiner Überzeugung nach — sogar schon durch die bloße Wucht des Stoßes gelegentlich — ähnlich wie bei stumpfer Gewalt — zu Gewebszertrümmerungen.

Wenn das Aufschlagen des Schädels das Gehirn gegen die entgegengesetzte Schädelwand zu treiben und durch diese plötzliche Bewegung Nekrosen der Hirnsubstanz hervorzurufen vermag, so muß zugegeben werden, daß auch die große Gewalt des den Schädel treffenden oder streifenden Geschosses eine ähnliche mechanische Wirkung ausüben kann. Die so entstehenden Veränderungen können im Falle des Eindringens des Geschosses ganz unabhängig von der Gewebsvernichtung längs des Geschoßweges sein. Es wird ja nicht immer zu großen Zerfallsherden und erheblichen Blutungen kommen, wenn die Stoßkraft des Geschosses durch das Hirngewebe aufgefangen und teilweise aufgehoben wird, aber es genügen schon kleine Veränderungen, um je nach der Lage große Schädigungen hervorzurufen, und die Summe kleinster Herde kann schlimmere Folgen nach sich ziehen als ein einzelner größerer.

Macht uns schon die theoretische Erwägung solche Vorgänge wahrscheinlich, so hat die vielfältige Erfahrung uns über die Richtigkeit der Theorie und leider auch über die Häufigkeit des tatsächlichen Erlebens genugsam belehrt. Wir sind in dem Stadium, in dem wir die Kranken sehen, meist außerstande, über die Entfernung, aus der das Geschoß kam, etwas Näheres zu erfahren, oft genug nicht einmal über die Geschoßart; aber wie die Chirurgen gelernt haben, die Tangential- und die ähnlich wirkenden Prell-, Segmental- und Rinnenschüsse als die weitaus gefährlichsten zu betrachten, so können wir auch aus diesen Erfahrungen die für uns wichtige Lehre ziehen, daß wir bei jeder Schußverletzung und besonders bei Streifschüssen an die Möglichkeit der Fernwirkung denken und neben den unmittel-

bar erkennbaren Zerstörungen durch das Geschoß stets auch nach Erscheinungen in entlegeneren Hirngegenden fahnden müssen.

Bekanntlich lassen sich lokalisierte und Allgemeinstörungen nach Granatexplosionen auch in Fällen nachweisen, bei denen jede Einwirkung einer stumpfen Gewalt auf den Schädel durch Fall, Erdmassen usw. ausgeschlossen werden kann, und kein Geschoß den Schädel berührt hat. Es ist hier nicht zu umgehen, auf die Streitfrage näher einzugehen, ob die vorwiegend auf psychischem Gebiete sich abspielenden Symptome der Granaterschütterung und Verschüttung auf Emotion oder Kommotion, wie Wollenberg sich ausgedrückt hat, zurückzuführen sind. Für mich besteht kein Zweifel mehr, daß die Antwort lauten muß: auf Emotion und Komotion. Die Mitwirkung eines mechanischen Vorgangs wird dadurch bewiesen, daß sich fast bei jedem Soldaten, der in unmittelbarer Nähe einer platzenden Granate oder Mine gestanden hat und von dem Luftdruck getroffen worden ist, noch nach langer Zeit Andeutungen zweifellos organischer Veränderungen des Zentralnervensystems feststellen lassen. Ich habe sie bei mehreren hundert genau untersuchten Fällen fast nie vermißt, wenn auch die dadurch bedingten Funktionsstörungen — wenigstens soweit lokalisierbare Ausfälle in Betracht kommen — erfreulicher Weise nicht erheblich zu sein scheinen.

Die Gesetzmäßigkeit des Vorkommens dieser Symptome wird durch mehrere Reihen von Untersuchungen in das rechte Licht gestellt. Die eine konnte ich selbst ausführen. Dank dem Entgegenkommen des Chefs des Feldsanitätswesens, Exz. von Schjerning, des Oberkommandos der . . . Armee und ihres Generalarztes, Prof. Landgrafs, hatte ich Gelegenheit, in verschiedenen Bereitschafts- und Reservestellungen der Westfront gesunde, unverletzte, nicht verschüttete Mannschaften zu untersuchen, die unmittelbar aus der Front und fast alle aus heftigem Geschützfeuer kamen. Keiner dieser Leute hatte sich krank gemeldet, keiner über irgend etwas zu klagen. Und doch fehlte unter 74 Mann nur bei 3 jedes Anzeichen organischer Schädigung.

Da ich dieselben Leute nicht nach längerer Zeit nochmals untersuchen konnte, bin ich außerstande, aus eigner Erfahrung

die wichtige Frage zu beantworten, ob diese Symptome bald wieder verschwinden. Für einen Teil darf das aber wohl mit voller Bestimmtheit angenommen werden. Auf meine Bitte hat Dr. Petzsch, der seine Beobachtungen unter für diese Entscheidung ganz besonders günstigen Verhältnissen anstellen konnte, wiederholt die dem Luftdruck platzender Geschosse größten Kalibers ausgesetzten Mannschaften gleich nach stundenlangen Beschießungen und dann wieder nach Ablauf einer Woche, die meisten später noch einmal neurologisch genau untersucht. Einzelne der schwersten organischen Erscheinungen, z. B. gänzliche oder fast völlige Aufhebung der Pupillenreflexe, Babinskisches Zeichen, Fehlen der Patellar- oder Bauchdeckenreflexe, waren häufig schon bei der zweiten Untersuchung verschwunden; oft aber blieben sie und andere Symptome unverändert, und zuweilen traten neue hinzu.

Auch eine Beobachtungsreihe Dr. Nicols, der an einem andern Punkt der Front auf meinen Wunsch das Blut frischer Granatverletzter auf C O-Beimengungen — nebenbei mit negativem Ergebnis — untersuchte und dabei jedesmal den neurologischen Befund erhob, bestätigt, daß die in den ersten Stunden und Tagen nach Granatexplosionen nachweisbaren und nicht gut anders als organisch zu deutenden Symptome zahlreicher und deutlicher sind als später. Aber ebenso sicher steht wohl fest nach allem, was wir noch Wochen und Monate später, ja auch noch nach einem Jahr, finden, daß ein nicht zu unterschätzender Teil dieser Erscheinungen dauernd bestehen bleibt. Auf die Wichtigkeit dieses Nachweises komme ich zurück; an dieser Stelle genügt es, daran zu erinnern, daß die meisten Kopfschußverletzten häufiger im Granatfeuer gestanden haben und dadurch der Schädigung durch das Platzen der Geschosse ausgesetzt waren. Wir werden also auch bei der Untersuchung Kopfverletzter die Möglichkeit derartiger Folgen früherer von der Verletzung unabhängiger Beschießungen im Auge behalten müssen.

Damit ist die Aufzählung der Wege, auf denen Gehirnveränderungen zustande kommen, nicht erschöpft. Eine — wenn auch nicht häufige — Beobachtung verdient noch der Erwähnung. Als Ursache von Ausfallserscheinungen bei angeblich Unverletzten ließen sich einigemal durch das Röntgenbild ganz kleine,

sich deutlich abhebende Granatsplitterchen aufdecken, manchmal ganz in der Tiefe des Gehirns. Trotz sorgsamster Untersuchung des rasierten Schädels war keine Eintrittspforte zu finden. Die entfernten Splitter — wenn überhaupt deren Beseitigung notwendig und möglich war — zeigten, daß der zu den Geschossen verwendete Stahl ungemein hart und scharfkantig war und anscheinend amerikanischen Granaten entstammte. Daß also auch unabhängig von der größeren Verletzung feinste Splitter des verwundenden Geschosses in den Schädel eindringen können, durch die große Wundöffnung sowohl wie unmittelbar durch den Schädel, ist eine unabweisbare Vermutung, deren Richtigkeit zahlreiche Beobachtungen bewiesen haben. Wir sehen ja überhaupt häufig bei Granatverletzungen mehrere Geschoßteile im Gehirn und übersehen dabei nicht selten die ganz kleinen Bruchstücke. Seitdem ich zum ersten Male bei einem Soldaten, der mir zur Beobachtung geschickt wurde, weil man nicht recht an seine Kopfschmerzen und Allgemeinstörungen glauben wollte, eine größere Zahl überall im Gehirn verstreuter feiner Granatsplitter auf der Röntgenplatte gesehen habe,[1]) bin ich noch viel vorsichtiger in der Annahme von Simulation und Aggravation geworden, als ich schon vorher war; und ich bin — wie wir wohl ausnahmslos alle — von der Unentbehrlichkeit des Röntgenbildes so überzeugt, daß ich es in keinem schwierigen Falle mehr entbehren möchte.[2])

---

[1]) In einem ähnlichen Fall konnte ich ein halbes Jahr nach der Enukleation des infolge eines oberflächlich liegenden Granatsplitters zerstörten Auges auf dem Röntgenbild noch 17 ganz kleine Splitterchen im Knochen und Gehirn zählen.

[2]) So wertvoll das Röntgenbild ist, ganz zuverlässig ist es nicht. Wir beobachteten vor kurzem einen Mann mit schweren körperlichen und psychischen Ausfallserscheinungen nach Weichteilverletzung des Schädels durch Granatsplitter. Im einfachen und noch deutlicher im stereoskopischen Bild war nach fachärztlichem Urteil ein „Depressionssplitter von mindestens 1 bis 1 $^1/_2$ cm Länge" auf der Scheitelhöhe deutlich zu sehen. Bei der wegen Parese und epileptoider Anfälle gemachten Operation fand sich keine Splitterung des Knochens, die Dura unverletzt und auch bei der Punktion keine Erklärung für den Röntgenbefund. Auch bei diesem Kranken waren die Klagen mit Mißtrauen betrachtet worden.

Im Laufe des Krieges haben sich die Verhältnisse in einer Beziehung gründlich geändert; die Verletzungen durch Gewehrgeschosse sind gegenüber denen durch Granaten und Schrapnellkugeln, Handgranaten, Minen und dergleichen in den Hintergrund getreten; die meist viel umfangreicheren und fast stets grob verunreinigten Verwundungen machten es von vornherein unwahrscheinlich, daß wir auch dabei die gleichen streng lokalisierten und leicht zu deutenden Ausfälle finden würden wie bei den Gewehrschädelschüssen. Aber auch bei diesen haben wir manche bittere Enttäuschungen erlebt. Wir mußten uns mehr und mehr davon überzeugen, daß die Störungen fast durchweg viel ausgebreiteter waren, als sie anfänglich erschienen.

Sehr begreiflich. Wer häufiger frische Schädelschüsse gesehen, aus deren Öffnung Knochenstücke und Hirnmasse, Erde und Hautfetzen, Granatsplitter und Blutgerinnsel herausquellen, Hirnprolapse, die mit dem Notverband verklebt sind, wird sich weniger wundern, daß Entzündungen der Meningen, Enzephalitiden, Abszesse und später Zysten, Verwachsungen der Dura und Gewebszerrungen auftreten, als darüber, daß überhaupt noch so viele Verletzte durchkommen. Unser Gehirn ist zwar sehr empfindlich gegen Desinfektionsmittel, besitzt aber — im Gegensatz zu den Hirnhäuten — anscheinend eine recht erhebliche Widerstandsfähigkeit gegen Fremdkörper. Wir finden gar nicht selten eingeheilte umfangreiche Geschoßreste, von deren Vorhandensein, wenn sie an weniger wichtigen Stellen sitzen, uns erst das Röntgenbild Aufschluß gibt. Jede Einheilung bedingt aber eine reaktive Veränderung der unmittelbaren Umgebung, erst recht jede abgekapselte Verunreinigung; Gewebsnekrosen führen zu Zystenbildung. Diese langsamen Umgestaltungen fügen zu den ersten Ausfallserscheinungen neue hinzu, die das ursprünglich vielleicht ganz klare Bild verwischen können.

Schließlich muß noch auf eine weitere sehr gewichtige diagnostische Schwierigkeit hingewiesen werden, auf das Nebeneinanderbestehen psychogener und organischer Symptome. Die Bezeichnung „psychogen" ist hier nicht als der Ausdruck einer bestimm-

ten Theorie aufzufassen; sie soll nur die, unserer Auffassung nach, nicht anatomisch bedingten Störungen kennzeichnen im Gegensatz zu den mit größter Wahrscheinlichkeit auf makroskopisch oder mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen der Gehirnsubstanz beruhenden. Zweifellos finden psychogene Erscheinungen sich überraschend häufig neben und zuweilen in engster Verbindung mit organischen Funktionsstörungen, und sie sind manchesmal so ausgeprägt, daß darüber — ich habe das leider gar nicht so selten erlebt — das Vorhandensein der schweren Hirnschädigung ganz übersehen werden kann. Andererseits besteht die Gefahr — auch das ist mir mehr als einmal begegnet —, daß die unverkennbaren Zeichen einer groben Hirnverletzung den Blick des Beobachters trüben, so daß er auch die psychogenen Symptome für anatomisch bedingt hält.

Nach diesen reichlich langen Vorbemerkungen, die aber zum Verständnis meiner weiteren Darlegungen unerläßlich waren, wende ich mich nunmehr der Prüfung zu, ob die drei Voraussetzungen vorhanden sind, die uns zu der optimistischen Auffassung berechtigen, schwere Ausfallserscheinungen in weitgehendstem Maße ausgleichen zu können.

III.

Unsere topographische Diagnostik ist durchaus noch nicht so vollkommen, daß sie als leidlich abgeschlossenes Wissensgebiet betrachtet werden dürfte. Bei einigen großen Gehirnteilen fehlt uns jeder Einblick in die Funktionen, die diesen sogenannten „stummen" Gegenden zufällt, obgleich wir doch kaum bezweifeln dürfen, daß sie nicht überflüssige, für die Gehirntätigkeit völlig entbehrliche Organe sind. Auch abgesehen davon ist noch vieles unsicher, und fast alle Einzelheiten bedürfen der weiteren Ausarbeitung und Verfeinerung. Immerhin sind unsere Kenntnisse in der Lokalisationslehre groß genug, um uns auf Grund der Ausfallserscheinungen die genaue Feststellung des Sitzes vieler Hirnveränderungen zu ermöglichen. Wollte ich nun auseinandersetzen, was alles von diagnostischer Bedeutung ist, so würde ich eine topographische Diagnostik zu lesen haben, wozu ich Stunden und

Stunden brauchen würde; ich glaube nicht, daß das der Zweck dieser Vorträge ist. Ich möchte mich deshalb auf einige wenige diagnostische Einzelheiten und auf grundlegende Ausführungen aus dem Gebiete des Seelenlebens beschränken, soweit lokalisierbare Ausfälle in Betracht kommen. Bei der Auswahl lasse ich mich zum Teil von den Zufälligkeiten meines Materials leiten. Ein Gegengewicht gegen die Überschätzung der Wichtigkeit seiner persönlichen Erfahrungen findet ohnehin jeder in seinen allgemeinen Kenntnissen und neuen eigenen Beobachtungen.

Im allgemeinen sind Lähmungserscheinungen zuverlässigere Beweise einer Rindenlähmung als Reizsymptome. Aber diese sind wichtiger, weil bei ihnen das Eingreifen des Chirurgen mehr Aussicht auf Erfolg hat, als bei den Ausfallserscheinungen. Wir dürfen allerdings nicht vergessen, daß ein Reiz nicht nur durch einen unmittelbar auf das Zentrum der krampfenden Muskelgruppen ausgeübten Druck, sondern auch als Fernwirkung zustande kommt. Je beschränkter der Krampf oder, bei allmählicher Ausdehnung auf Nachbargebiete bis zur Entwicklung allgemeiner Konvulsionen, je deutlicher das zuerst krampfende Zentrum sich von den später beteiligten abhebt, um so eher berechtigt ist die Annahme eines lokalen Reizes.

Zur Unterstützung der Diagnose kann eine Erfahrung verwertet werden, die meines Wissens Gowers zuerst beschrieben hat. Spontane und auch passive Bewegungen können in gelähmten oder geschädigten motorischen Hirnteilen Jacksonsche Epilepsie hervorrufen. Wir sahen wiederholt, daß nach etwas anstrengenden Bewegungen paretischer Glieder, auch wenn die Parese kaum angedeutet oder geradezu fraglich war, leichte Muskelzuckungen auftraten, die bald mehr tonischen, bald klonischen Charakter trugen. Solche Beobachtungen sind ernste Warnungszeichen, wie gefährlich es ist, den Schädelverletzten allzufrüh körperliche Anstrengungen zuzumuten; diagnostisch aber gestatten sie wohl die Annahme, daß sich in unmittelbarer Nähe des krampfenden Gebietes oder in ihm selbst ein Reizherd befindet, der noch frisch genug ist, um therapeutisch beeinflußt zu werden, sei es durch Beseitigung — wenn

weitere Anzeichen dazu berechtigen —, sei es durch äußerste Ruhe, um den Heilungsvorgang nicht zu stören.

Zerstörungen von Hirnteilen beeinträchtigen die Bewegungsfähigkeit nicht allein durch den Ausfall der gelähmten Muskeln, sondern fast ebenso sehr durch die hypertonischen und im Laufe der Zeit auch durch die Schrumpfungskontrakturen. Die hypertonischen Kontrakturen befallen zwar mit Vorliebe die Antagonisten der gelähmten Muskeln; aber ihre Entwicklung ist nicht eine unerläßliche und unbeeinflußbare Folge des anatomischen Ausfalls bestimmter Muskelgruppen, sondern abhängig von der Dauerstellung und Lagerung der Glieder. Die Hypertonie der nicht gelähmten Muskeln läßt sich, solange nicht Schrumpfungsvorgänge ihre Beweglichkeit hemmen, in der Narkose oder nach Anlegen eines Esmarchschen Schlauches vorübergehend beheben. Diese Möglichkeit können wir zugunsten unserer Kranken ausnutzen. Man kann den gelähmten Gliedmaßen — wenn es sein muß, auch unter Verzicht auf das erstrebenswerteste Ziel größtmöglichster Bewegungsfreiheit — durch Fixierung eine Stellung geben, die dem Gelähmten einen größeren Halt beim Stehen und Gehen verleiht oder ihm die für seinen Beruf notwendigen Bewegungen erleichtert. Welche Lagerung der Glieder die zweckmäßigste ist, bedarf sorgfältiger Überlegung und einer genauen Anpassung an die Erfordernisse der Lebensaufgaben jedes Individuums; ich betrachte es aber doch schon als einen Lichtblick angesichts der Lähmungsfolgen, daß wir gelegentlich einmal der Entwickelung ungeeigneter Kontrakturen vorbeugen können.

Daß ich an die Athetose, an hemichoreatische und choreatische Symptome erinnere, geschieht hauptsächlich, um vor ihrer Bewertung als Beweise für zerebrale oder zerebellare Schädigungen zu warnen. Derartige, den organischen erstaunlich ähnliche Bewegungsstörungen können ebensogut psychogen sein, und zwar auch dann, wenn zugleich eine organische Veränderung sichergestellt ist. Gelegentlich gestattet die schnelle Beseitigung durch suggestive Beeinflussung das mit Sicherheit zu erkennen.

Auch die Störungen der Empfindung sind dia-

gnostisch mit großer Vorsicht zu verwerten; das gilt besonders für die Schmerzen, von den allgemeinen Mißempfindungen an, die den ganzen Schädel oder bestimmte Punkte des Schädeldachs betreffen, bis zu den ganz umschriebenen Schmerzen in paretischen und paralytischen Gliedern und bis zur Anaesthesia dolorosa. Es ist wirklich nicht immer leicht, zu unterscheiden, wieweit es sich dabei um psychogene Erscheinungen handelt, zumal wenn die Kranken von dem Typus des mitleidheischenden, klagesüchtigen Hysterikers weit entfernt sind. Nur aus der Tatsache, daß die Mißempfindungen sich schnell suggestiv beheben lassen, ist ihr psychogener Charakter zu erkennen, während umgekehrt die Hartnäckigkeit, mit der sie jeder Heilungsbestrebung widerstehen, noch kein Beweis für ihre anatomische Verursachung ist.

Der gleichen Schwierigkeit begegnen wir bei der Ataxie. So natürlich es ist, daß jede Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit durch Verletzung der motorischen Bahnen und jede Herabsetzung der Empfindung das genaue Zusammenspiel der Muskeln stören muß, so wenig läßt sich ohne weiteres aus der Ungeschicklichkeit der Bewegungen ein Schluß auf die Entstehung des Symptoms ziehen. Besonders peinlich ist diese Unsicherheit der Deutung, wenn Kleinhirnverletzungen in Frage kommen. Für Kleinhirnataxie sprechen vor allem zwei Symptome; der Unterschied zwischen der Zielsicherheit der Bewegungen im Liegen und Stehen, vor allem zwischen dem Schwanken beim Stehen und Gehen gegenüber der Ruhe beim Sitzen; und die Erschwerung und Verlangsamung bei schnellem Wechsel der Bewegungsrichtung, z. B. bei rasch abwechselndem Pronieren und Supinieren des Arms (Adiadochokinesis). Die Unversehrtheit des Kleinhirns ist für das genaue Funktionieren der Extremitäten von geringerer Bedeutung als für die Körperhaltung und das Stehen. Anhaltspunkte für das Vorhandensein zerebellarer Erkrankungen sind außer der Adiadochokinese, nach Ausschluß von Ohrschwindel, Schwanken bei Augenschluß (Rombergsches Phänomen), Unsicherheit bei Gehen über einen Strich oder Fuß vor Fuß, besonders deutlich bei Rückwärtsgehen, während das Vorbeigreifen bei Zielbewegungen der Hände und Beine im Liegen, Aneinanderführen der

Zeigefinger der ausgestreckten Arme, Kniehackenversuch, nicht verwertbar ist. Aber auch bei dem Schwanken im Stehen, dem Taumeln im Gehen, sind nur ganz grobe, besonders einseitige Störungen, und auch dann nur, wenn sie stets ganz gleichmäßig nachweisbar sind, einigermaßen brauchbare Hinweise auf Kleinhirnveränderungen.

Ich muß, so langweilig die ewige Wiederholung wirkt, auch bei diesen Symptomen auf die Möglichkeit psychogener Genese hinweisen. Und zwar gerade an dieser Stelle auf Grund betrüblicher Erfahrungen im Interesse unserer Kranken. Ich habe wiederholt erlebt, daß bewußte Vortäuschung oder mindestens bewußte Übertreibung angenommen wurde, wenn eine ataktische Störung, besonders auch das Rombergsche Symptom bei Ablenkung verschwand. Nun ist es ja eigentlich selbstverständlich, daß eine Erscheinung psychischen Ursprungs um so ausgeprägter ist, je mehr der Kranke darauf achtet, und völlig fehlen kann, wenn er seine Aufmerksamkeit anderen Dingen zuwendet. Fast jedes Schwanken bei Augenschluß schwindet oder wird erheblich geringer, sobald man zuerst bei offenen und dann bei geschlossenen Augen etwa die Zeigefinger der ausgebreiteten Arme genau aufeinanderführen läßt. Daraus den Schluß auf Übertreibung zu ziehen, bedeutet den Verzicht auf jede psychologische Erfahrung.

Aber wir dürfen ruhig noch viel weiter gehen. Auch organisch bedingte Unsicherheit der Bewegungen wird bei Ablenkung geringer. Wer nicht gerade eine besondere Gleichgültigkeit gegen das Urteil anderer und auch gegen seine eigne Krankheit hat, wird bei jeder schwierigeren Bewegung, zumal wenn sie unter den Augen eines kritischen Beschauers ausgeführt werden soll, etwas befangen werden und dadurch ungeschickt. Je nach der Empfindsamkeit und Erregbarkeit kann der psychische Anteil der Bewegungsstörung, der unter Ablenkung verschwindet, den organischen so überdecken, daß dieser kaum bemerkbar ist und übersehen wird. Abgesehen davon, daß der Verletzte wirklich ein Anrecht hat, vor dem schändlichen Verdacht der Simulation geschützt zu werden, kann das Übersehen auch Versäumnisse in der Behandlung und weitere gesundheitliche Schädigung zur Folge haben, wenn der Kranke nicht auf seinen Zustand die nötige Rücksicht nimmt.

IV.

Das Kleinhirn paßt — soviel wir wissen — die Feinheit der Bewegungen automatisch den Erfordernissen des Augenblicks an; diese Aufgabe ist nur lösbar, wenn die ihm von der Peripherie zuströmenden Empfindungen eine durch Übung ganz genau vorbereitete Reaktion auslösen. Dieser Vorgang spielt sich im Kleinhirn ab, ohne daß uns die Empfindungen und die Gegenwirkung zum Bewußtsein kommen. Wir haben also in der Funktion des Kleinhirns bereits ein Beispiel dessen vor uns, was wir als Erinnerungsspuren zu bezeichnen pflegen: die Überleitung von den mehr peripheren zu den sogenannten höheren Funktionen unserer Sinnesorgane und zu den seelischen Vorgängen.

Unter den Sinnesempfindungen überragt das Sehen bei weitem die andern in ihrer Bedeutung für die geistige Entwicklung. Ob für den Entwickelten, Erwachsenen nicht die völlige Vertaubung eine psychisch drückendere Störung ist als das Blindwerden, ist wohl individuell zu beurteilen, ist aber für die meisten Fälle nicht unwahrscheinlich. Verlust und Beeinträchtigung des Hörens und des Sehens sind als Folgen von Schußverletzungen keine Seltenheit. Bei der Vertaubung handelt es sich meist um Zerstörung der peripheren Endaustreibungen des Akustikus, wobei recht häufig dauernde und lästige entotische Geräusche, besonders Sausen, Zischen, Pfeifen auftreten. Der zentrale Verlauf des Hörnerven wird anscheinend weniger leicht getroffen als der des Sehnerven. Außerdem setzt zwar die Zerstörung der Hörbahn auf einer Seite oberhalb der Kreuzung die Hörschärfe des gleichseitigen Ohres herab, aber der Ausfall ist nicht so groß und daher auch nicht so leicht bemerkbar wie bei der Verletzung des Optikus.

Bei der langen Bahn des Sehnerven, die sich bis in die Tiefe des Gyrus angularis und des Okzipitallappens hinzieht, um in der Fissura calcarina zu endigen, sind zentrale Verletzungen durch Geschosse sehr häufig. Durch eine Durchtrennung der Sehbahn hinter dem Chiasma entsteht eine Unerregbarkeit der gleichseitigen Retinahälften, eine bilaterale, homonyme Hemianopsie, also ein Ausfall der entgegengesetzten Gesichtsfelder.

Meist schneidet die Hemianopsie nicht ganz scharf in der Mittellinie ab, es bleibt in dem sonst nicht mehr erregbaren Gesichtsfeld ein kleinerer oder größerer Teil in der Gegend des schärfsten Sehens, das sogenannte „überschüssige Gesichtsfeld", erhalten. Wenn auch anatomisch unanfechtbare Beweise nicht vorliegen, so gestattet doch dieser klinische Befund die Annahme, daß die Projektionsfasern der Makula doppelseitig vertreten sind. Durch das Erhaltenbleiben der Makulagegend ist es dem Kranken möglich, das unmittelbar ins Auge Gefaßte scharf zu sehen. Selbst unscharfe und unvollständige Bilder, die dann entstehen, wenn nur ein kleiner Teil der sehenden Hälfte über das Zentrum der Mittellinie hinüberreicht, unterstützen noch das Sehen und optische Erkennen ganz außerordentlich. Wir erfassen mit dem Auge ja auch sonst nicht alle Einzelheiten, sondern nur Bruchteile; unsere Erinnerung an ähnliche Gesichtseindrücke ergänzt das Übersehene, wie besonders beim Lesen zu beobachten ist, und macht trotz der Unzulänglichkeit des gleichzeitig optisch Erfaßbaren aus den Bruchstücken ein Ganzes; und da das Gewohnte auch das Wahrscheinliche ist, sind die so entstehenden Gesamtbilder meist zutreffend.

So wird es verständlich, weshalb die Hemianopischen zuweilen gar keine Ahnung davon haben, daß sie halbseitig blind sind. Sie klagen dann wohl über undeutliches, verschwommenes Sehen, über Nebel vor den Augen, aber die Art und die Größe des Defektes entgehen ihnen. In Fällen, bei denen die Sehstörung durch Verletzung der Hinterhauptsgegend zustande kommt, und die Zerstörung der perzipierenden Rinde oder die Leitungsunterbrechung noch kleinste Restchen übrig lassen, bleibt wohl auch noch eine gewisse Empfänglichkeit in dem scheinbar ganz ausgefallenen Gesichtsfeld bestehen; grelles Licht, Bewegungen werden zuweilen noch bemerkt, wo farbige, kleine, wenig leuchtende Objekte keine Empfindung mehr auslösen. Ganz auszuschließen ist auch nicht eine weitere, allerdings nur hypothetische Möglichkeit: daß die von der Peripherie kommenden Reize zwar noch wahrgenommen und verarbeitet werden, aber nicht stark genug sind, um in den Blickpunkt des Bewußtseins zu treten.

Ist die Unterbrechung der Sehleitung nur unvollständig, so

kann auch der Ausfall des Gesichtsfelds sich auf kleinere Teile, auf Quadranten, Skotome beschränken; Verletzung beider Okzipitallappen kann die untere oder obere Hälfte des Gesichtsfeldes vernichten, kann aber bei größerer, doppelseitiger Zerstörung zu völliger Erblindung (Rindenblindheit) führen.

Je nach der Größe und dem Sitz des Gesichtsfeldausfalls ist die Beeinträchtigung der sozialen Tauglichkeit verschieden. Eine rechtsseitige Hemianopsie ist besondes störend, weil sie beim Lesen das Finden des Zeilenanfangs erschwert. Die Folgen der reinen Hemianopsie würden aber weit erträglicher sein, wenn sie nicht meist mit optisch-agnostischen und optisch-apraktischen Störungen verbunden wären. Während Herde in den medialen Teilen des Okzipitalhorns, um die Fissura calcarina herum, hemianopische Ausfälle bewirken, wird nach Verletzung der lateralen Teile oder des Marks des linken oder beider Hinterhauptslappen — der linke muß stets beteiligt sein — nicht das Sehen, sondern das Erkennen des Gesehenen erschwert oder verhindert; meist allerdings bestehen Gesichtsfeldausfälle und Seelenblindheit nebeneinander.

Wir kommen damit zur Erörterung der Erscheinungen, die auf Vernichtung oder Funktionsbeeinträchtigung der Erinnerungsbilder zurückzuführen sind.

V.

Der Ablauf des lokalisierbaren seelischen Geschehens und seine Störungen verlocken zur Vertiefung in Einzelheiten und zusammenfassende Theorien. Doch genügt zur Verständigung über die praktischen Aufgaben der Diagnostik wohl eine grobschematische Darstellung.

Dem Gehirn strömen von allen Sinnesgebieten aus unzählige Empfindungen zu. Die unmittelbare psychische Einwirkung nennen wir Wahrnehmung, die Dauerwirkung Erinnerungsspur Es wird wohl stets ein unlösbares Rätsel sein, welcher Art der Vorgang in unserm Gehirn ist, der von allen psychischen Erlebnissen, von der einfachsten Wahrnehmung an bis zu den größten seelischen Erschütterungen Erinnerungsspuren bewahrt. Daß das geschieht, beweist die Möglichkeit des

Wiedererkennens, des Lernens und das, was wir als Gesamtsumme der Nachwirkungen früherer Erlebnisse Gedächtnis nennen.

Das Gedächtnis ist keine einfache, wahllose Aufspeicherung stets sich mehrenden und unveränderlichen Materials. Die Sinneseindrücke haften nicht bei jedem Menschen und nicht jederzeit gleichmäßig gut. Schon bei dem Prozesse des Wahrnehmens, mehr noch bei dem des Merkens wird durch die allgemeine Veranlagung und durch die im Augenblick des Erlebens vorhandene, zeitlich wechselnde Disposition eine Auslese getroffen.

Die Wege, auf denen das Sicheinprägen vor sich geht, sind individuell sehr verschieden, und gerade diese Verschiedenheit der Merkwege ist bei Kopfverletzungen von der allergrößten Bedeutung. Wir pflegen je nach der bevorzugten Richtung vier Merktypen zu unterscheiden: Die einen erwerben ihr Gedächtnismaterial durch das Auge (visueller Typus), andere durch das Ohr (akustischer Typus), wieder andere durch die Bewegungen des Sprechens, Schreibens, Nachzeichnens, des Abtastens mit den Augen und Händen usw. (motorischer Typus) und endlich andere durch gedankliche Verarbeitung und Verknüpfung mit vorhandenen Erinnerungsspuren (assoziativer Typus). Keine der Merkweisen pflegt ganz rein und einseitig zu sein; besonders die assoziative verbindet sich regelmäßig in großem Umfange mit der ohnehin wenig leistungsfähigen motorischen, findet sich aber auch stets bei allen anderen.

Dem bevorzugten Wege der Einprägung entspricht die Art des Gedächtnisses, bei dem wir also ebenfalls einen optischen, akustischen, motorischen und assoziativen Typus unterscheiden. Mit dieser Trennung kennzeichnen wir das Gebiet, das im Erinnern und Denken die Hauptrolle spielt, geraten aber in Gefahr, Gedächtnis und Reproduktionsfähigkeit zu verwechseln. Wir werden uns des Gedächtnisinhaltes in der Regel dadurch bewußt, daß etwas früher Gemerktes oder Gelerntes uns wieder einfällt oder durch ein neues ähnliches Vorkommnis oder durch bewußtes Suchen wieder zum Aufleben gebracht wird. Dabei wird das Hauptgebiet der Erinnerungsbilder sich zuerst und am deutlichsten geltend machen. Der

Umfang des Gedächtnisses ist aber bei weitem größer, als die Möglichkeit des spontanen Wiederauftauchens und die Fähigkeit, sich etwas „ins Gedächtnis zu rufen". Der Unterschied wird vielleicht durch folgendes Beispiel deutlich: Man sucht sich vergeblich irgendeinen Zug des Äußeren eines Menschen vorzustellen, den man lange nicht gesehen hat. Man sieht ihn wieder und erkennt ihn nicht nur sofort; man entdeckt auch manche Veränderung, etwa, daß er stärker ergraut und, während er früher keine Brille getragen hat, jetzt bebrillt ist. In dem Augenblick des Wiedersehens taucht also — sonst wäre der Vergleich mit dem früheren Aussehen nicht möglich — das vorher nicht reproduzierbare Bild wieder auf. Es bedarf dazu nicht des „Bewußtwerdens".

Die Wichtigkeit solcher Erinnerungsspuren, die wegen mangelnder Stärke oder infolge uns zum Teil ganz unbekannter Ursachen einem bewußten Wiederaufleben zeitweilig oder dauernd unzugänglich sind, wird uns am klarsten, wenn wir an den im Prinzip ähnlichen Vorgang des Erlernens denken. Lange Zeit, bevor wir imstande sind, uns zu „erinnern", haftet das, was wir uns merken; aus den Rückständen — das Wort ist nicht anatomisch gedacht — jedes einzelnen Eindrucks baut sich bei häufiger Wiederholung im Laufe der Zeit das Erinnerungsbild auf, das dann endlich meist auch reproduzierbar wird. Ohne die Möglichkeit, derartige für unser Bewußtsein noch unerreichbare Merkzeichen festzuhalten, wäre jeder Gedächtniserwerb unmöglich. Daß wir aber mit der Tatsache solcher Erinnerungsreste rechnen dürfen, erleichtert uns weiterhin aber auch die Aufgabe des Wiedererlernens und des Ersatzes bei Gedächtnisausfällen.

Die Leichtigkeit, mit der sich der einzelne etwas zu merken imstande ist, und die Zähigkeit, mit der er das Gemerkte festhält, stehen in keinerlei gesetzmäßiger Beziehung. Alle Abstufungen schnellen und langsamen Einprägens, langen Festhaltens und baldigen Vergessens können sich kombinieren. Auch bei Personen mit guter Merkfähigkeit und gutem Gedächtnis haftet nur ein Teil des Erlebten; ein Teil und wohl der größte verschwindet wieder, wird „vergessen", ein anderer verschmilzt mit früheren Erinnerungsspuren und wird dabei mehr oder weniger umgestaltet. Wir reden deshalb von großer

und geringer Merkfähigkeit, von gutem und schlechtem, zuverlässigem und unzuverlässigem Gedächtnis. Dabei darf nicht übersehen werden, daß fast jeder auch innerhalb seines Merktypus für manches ein besonders gutes, für anderes ein sehr schlechtes Gedächtnis hat, etwa ein gutes Erinnerungsvermögen für Farben und Formen neben einem schlechten für Gesichter.

Das Gedächtnis ist bei aller Wandelbarkeit doch nur das aufgespeicherte Wissen, dem erst die Berührung mit dem Leben Wert verleiht. Aus der Fülle von Einzelwahrnehmungen und allgemeinen Eindrücken erfassen wir nur einen kleinen Teil, klar und deutlich eigentlich nur das, was in den Blickpunkt unserer Aufmerksamkeit tritt. Diese Auslese ist nicht vom Zufall abhängig, wenigstens in der Regel nicht, sondern zum kleineren Teil von der Art und Stärke des Sinnenreizes, zum weit größeren von der inneren Disposition. Die Persönlichkeit, so wie sie gerade in dem gegebenen Augenblick ist, hebt aus dem Strom von Wahrnehmungen und Vorstellungen das Verwandte, mit dem Gedankeninhalt des Momentes Verknüpfte, dem Gemütszustand Nahestehende über die Schwelle des Bewußtseins und stellt es in den schnell wechselnden Blickpunkt der Aufmerksamkeit. Damit erst tritt das Erfaßte ganz in greifbare, klare Beziehung zu dem sonstigen Bewußtseinsinhalt, es weckt weitere, in unserem Gedächtnis vorhandene, inhaltlich verwandte oder gewohnheitsmäßig damit verbundene Vorstellungsreihen und ermöglicht uns nunmehr, das Wahrgenommene auch inhaltlich, begrifflich zu erfassen. Da wir gewohnt sind, allem, was wir kennen und wissen, einen sprachlichen Ausdruck beizulegen, so verbindet sich mit dem Erfassen in der Regel sofort auch das Wiederauftauchen des gewohnten sprachlichen Ausdrucks, ebenso wie umgekehrt das Nennen eines Wortes die damit verknüpften Vorstellungen zu wecken vermag.

Der Verdichtung einer Vorstellungsreihe in dem sprachlichen Symbole geht die Verdichtung einer Summe von Einzelwahrnehmungen in einer Vorstellung voraus.

Ich will das an einem einfachen Beispiele darstellen, dem einer Flasche. Ich kann ihre Größe und Form, ihre Farbe, ihre Spiegelung

und den Schliff sehen, ich kann den Klang des angeschlagenen Glases hören, ich kann sie fühlen, den Inhalt riechen und schmecken. Aus allen diesen Einzelheiten setzt sich der Gesamtbegriff zusammen, es kristallisiert sich, wenn ich das einmal so ausdrücken darf, eine bestimmte Vorstellung, der Typus „Flasche" heraus. Mit diesem Allgemeinbegriff treten weiterhin noch zahlreiche andere Vorstellungen in Verbindung: Zweck, Inhalt, Preis, auch wohl — und gerade vielleicht bei der Flasche manchmal recht lebhafte — affektive Beziehungen, vor allem aber die Bezeichnung: das Wort Flasche.

Der sprachliche Ausdruck ist die knappste Formel, auf die die gesamte Summe aller Einzelwahrnehmungen und Empfindungen, die bei der Entstehung des Begriffs mitgewirkt haben, gebracht werden kann, der ruhende Pol im schillernden Wechsel des Inhalts der Vorstellung. Das Wort Flasche weckt nicht stets die gleiche Vorstellung, nicht einmal bei derselben Person. Derselbe Mann, der im Wirtshause beim Hören des Wortes an eine Weinflasche denkt, greift sicher am Krankenbette seines Kindes sofort nach der Arzneiflasche. Wenn aber auch die gleiche Marke je nach den Umständen verschiedenen Inhalt deckt, und wenn wir auch zugeben müssen, daß wir eine klare Vorstellung von einem Gegenstand, seiner Art und seinem Zweck haben können, ohne seine Benennung zu kennen, so ist doch das sprachliche Symbol fast unentbehrlich für unser Denken, jedenfalls das bequemste Mittel der Verständigung mit anderen; es ist die Verkörperung des Gesamtbegriffs und weckt aufs Leichteste in uns und anderen die verwandten und ebenfalls sprachlich in kurzen Ausdrücken verdichteten Vorstellungen. Deshalb und weil wir durch solche knappen Formeln vor der Verschwommenheit unklarer Begriffe leichter bewahrt bleiben, kleidet sich unser Denken fast ganz in sprachliche Formen.

Das sprachliche Symbol und — mutatis mutandis — das Schrift- oder Druckbild werden zur Quelle neuer Erinnerungsbilder. Wir bedürfen zur Verständigung mit anderen der Mitteilung, und, indem wir Worte aussprechen und schreiben, festigen sich in uns gewisse Bewegungserinnerungen. Sie erscheinen als vom sonstigen Typus des Einprägens unabhängige Gedächtnisspuren. Die Erfahrung zeigt aber, daß auch sie zahlreiche Beziehungen zu dem sonstigen Gedächtnis haben. Wenn wir z. B. nach einer fremdsprachigen Bezeichnung suchen, so kann der Umweg über eine ver-

wandte Sprache, also der assoziative Weg, das Aussprechen eines ähnlichen Klanges, der akustische Weg, das Auftauchen des visuellen Bildes, der optische Weg, ebenso gut zum Ziele führen, wie eine Sprech- oder Schreibbewegung. Der Kulturmensch, für den Sprechen, Lesen und Schreiben ein Bedürfnis ist, so unentbehrlich wie das Hören, Sehen und Denken, verknüpft jede Wahrnehmung mit Begriffen, jeden Begriff fast ausnahmslos auch mit Worten und jedes Wort mit der Bewegung, die gestattet, es auszusprechen und zu schreiben.

Wenn ich gesagt habe, daß wir vorwiegend in Sprachsymbolen denken, so darf deshalb die Bedeutung dieser Denkgewohnheit nicht überschätzt werden. Der sprachlichen Verkörperung fehlt die Seele; sie gewinnt sie durch die Gemütserregungen, die zugleich mit dem Inhalte der Vorstellung erlebt worden sind oder erlebt werden. Wir bewahren in unserem Gedächtnis sowohl die allgemeinen Eindrücke von Landschaften, Tonstücken, Büchern und Bildern, von Menschen und Erlebnissen, wie die Erinnerung an starke Affekte. Und gerade diese Gefühlsbetonung macht den Wortinhalt lebendiger und läßt mit seinem Erklingen alte Erinnerungen mitschwingen, Vergessenes wieder auftauchen. So wurzelt jeder psychische Vorgang mit tausendfältigen Beziehungen in der Gesamtpersönlichkeit, und jede Vorstellung steht mit allen anderen in lockerer oder engerer Berührung.

VI.

Läßt sich nun die Anschauung, daß jede Vorstellung ein in steter Fortentwicklung und Umgestaltung begriffenes Produkt zahlloser Einzelwahrnehmungen und Erlebnisse verschiedenster Art ist, mit der Tatsache vereinigen, daß die Zerstörung bestimmter, umschriebener Hirnteile den Verlust umschriebener Gedächtnisbestandteile nach sich zieht? Ohne Zwang sicher nicht; indessen glaube ich, man kann, ohne diesen Widerspruch zu klären, sich für die Bedürfnisse der ärztlichen Diagnostik mit der Erfahrung begnügen, daß die örtlichen Erinnerungsspuren in funktioneller Abhängigkeit von der Endausbreitung der zuleitenden Sinnesnerven oder von den Ausgangsstellen der motorischen Reaktion stehen.

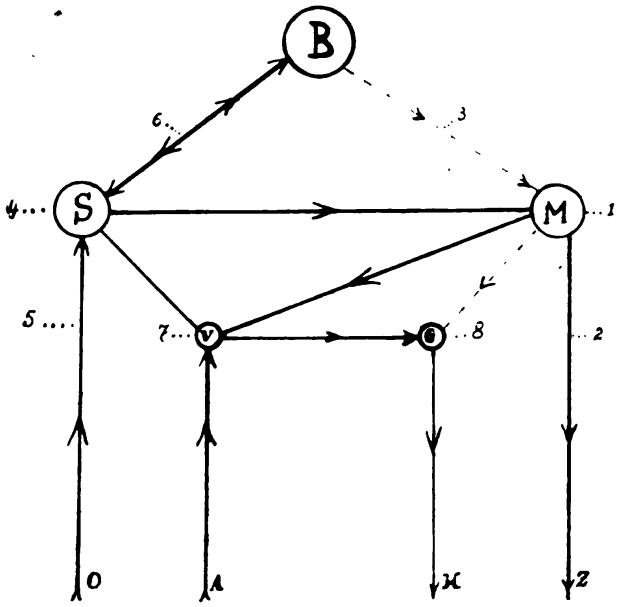
Störungen infolge Ausfalls von Erinnerungsbildern nennen wir, je nachdem das Erkennen, die Sprache oder das Handeln betroffen ist, agnostisch, aphasisch oder apraktisch. Die Bezeichnungen geben nicht genau das wieder, was sie kennzeichnen sollen; so wird alles, was zur Sprache im weitesten Sinne gehört, z. B. Lesen und Schreiben, der Aphasie zugerechnet. Wir halten deshalb wohl am besten die frühere Benennung der Aphasie als des Sammelnamens für alle Störungen zentraler Natur fest, die sich auf dem Gebiete der Erfassung der Außenwelt und der Reaktion auf diese Reize infolge Verlustes der Erinnerungsbilder zeigen. Blindheit durch Sehnervenverletzung gehört demnach ebensowenig hierher, wie Schreibunfähigkeit infolge Armlähmung, weil bei dem peripheren Funktionsausfall keine Form der Erinnerungsbilder geschädigt ist. [2])

Ich muß mir versagen, die Aphasietypen im einzelnen zu besprechen. Die Verschlungenheit der Wege, die zum Erwerb eines Erinnerungsbildes führen, und die unendliche Mannigfaltigkeit der Verbindungen aller Erlebnisspuren untereinander machen theoretisch jeden, auch den kleinsten Ausfall von Vorstellungsbestandteilen und jede Unterbrechung auch nur vereinzelter Verbindungsbahnen zum Ausgangspunkt aphasischer Störungen. Auf der anderen Seite sind aus dem gleichen Grunde viele Leistungen trotz dieser Hindernisse noch möglich. Die Gesamtvorstellung bleibt, wenn auch vielleicht auf die Dauer ihre Klarheit, ihr Wert und ihre psychische Wirkung wohl leiden werden, bei umschriebener Verletzung erhalten, und nur die spezifische Ansprechbarkeit des Gebietes, das teilweise oder ganz zerstört ist, leidet oder schwindet. Daß dem so ist, beweisen zahllose Erfahrungen: Ein Seelenblinder kann z. B. einen Gegenstand, der seinem Auge fremd erscheint, durch Betasten oder am Geruch erkennen. Der amnestisch Aphasische findet das Objekt, dessen Bezeichnung er vergeblich sucht, sofort unter zahlreichen andern heraus, wenn es

[2]) Allerdings könnte man bei der reinen (subkortikalen) motorischen Aphasie die Frage aufwerfen, ob sie, streng genommen, auch noch zur Aphasie zu rechnen ist, da bei ihr die Erinnerungsbilder erhalten und nur die Möglichkeit, sie zu äußern, gehindert ist; ich will hier, ohne zu der Frage Stellung zu nehmen, bei der üblichen Darstellung bleiben.

ihm genannt wird. Der Weg zur Gesamtvorstellung ist also in solchen Fällen nur von einer Seite versperrt; alle anderen können zugänglich bleiben.

Schema der Leitungsbahnen.



O Ohr A Auge H Hand Z Sprechorgane B Begriff S Wortklangerinnerung M Wortbewegungserinnerung V Schriftbilderinnerung G Schreibbewegungserinnerung
——— Hauptwege ····· Nebenwege ----→ Richtung der Leitung.
Die Zahlen 1 bis 8 bedeuten Unterbrechungen der Centren oder Bahnen; die Wirkung dieser Unterbrechungen ist in dem Schema der aphasischen Störungen, die Bezeichnung und Lokalisation unter den entsprechenden Ziffern der Tabelle (S. 29 A 1—8) zu ersehen.

Das vorstehende Schema gibt eine Zusammenstellung der verschiedenen Aphasieformen und ihrer Lokalisation. Die mannigfachsten Versuche sind gemacht worden, um die klinischen Beobachtungen und nachgewiesenen anatomischen Veränderungen mit den theoretischen Anschauungen in Übereinstimmung zu bringen. Vorerst stehen einem restlosen Verständnis noch viele Schwierigkeiten im Wege. Wir wären vielleicht schon weiter, wenn die zu erwartenden aphasischen Symptomenkomplexe häufiger in reiner Form zu finden wären. Das ist aber außerordentlich selten. Vor allem liegt das daran, daß die Lokalisation bestimmter Erinnerungsformen ört-

lich nicht ganz scharf abgegrenzt und außerdem — wenigstens zum Teil — auf beiden Seiten, wenn auch unter Vorwiegen der linken Hirnhälfte, vertreten ist. Es wäre ferner wohl nur ein ganz merkwürdiger Zufall, mit dem nicht zu rechnen ist, wenn sich die Verletzung genau auf ein bestimmtes, funktionell abgeschlossenes Gebiet beschränken und einerseits dieses ganz restlos zerstören, andererseits aber nicht auf die Nachbarschaft hinübergreifen würde. Nimmt man noch hinzu, daß die verschiedenen Wege, auf denen die Merkspuren zustande kommen, bei gleichem Sitz der Verletzung individuell verschiedene Folgen haben müssen, und daß der bevorzugte Merktypus meist neben anderen Merkweisen besteht, so werden wir uns nicht wundern dürfen, daß wir so wenig Fällen begegnen, die den — allerdings auf Grund zahlreicher klinischer Erfahrungen — theoretisch konstruierten Aphasietypen ganz genau entsprechen. Das folgende Schema kann daher nur als Wegweiser zum ersten Auffinden der Ausfallserscheinungen und der Schädigungsstelle dienen.

Schema der aphasischen Störungen.

	Leitungsbahn	1	2	3	4	5	6	7	8
Sprachverständnis . .	OSB	+	+	+	—	—	—	+	+
Willkürliche Sprache	BSMZ	—	—	—	±×	+	—	+	+
Nachsprechen . . .	OSMZ	—	—	+	—	—	+	+	+
„ (m. Verständnis)	OSBMZ	—	—	—	—	—	—	+	+
Schriftverständnis .	AVS(M)B	±	+	+	∓	+	—	—	+
Lautlesen	AVSMZ	—	—	+	—	+	+	—	+
„ mit Verständnis	AVSBMZ	—	—	—	∓	+	—	—	+
Willkürliches Schreiben	BSM(V)GH	—	+	—	+*	+	±	+	—
Diktatschreiben . . .	OSM(V)GH	—	+	+	∓	—	+	+	—
„ mit Verständnis	OSB[S]M[V]GH	—	+	±	∓	—	±	±	∓
Mechanisches Kopieren	AV[SM]GH	+	+	+	*+	+	+	∓	—
„ mit Verständnis	AVSB[SM]MGH	±	+	+	—	+	—	—	—

+ erhaltene
— aufgehobene
± erschwerte
∓ stark gestörte
} Funktionen

× Paraphasie * Paragraphie In ( ) Klammern: die weniger mitbeteiligten Leitungsbahnen. In [ ] Klammern: Wege, die völlig ausgeschaltet sein können.

Die Zahlen 1—8 entsprechen den Zahlen 1—8 unter A.

A. Aphasische Störungen.

1. Kortikale motorische Aphasie (vollständige Wortstummheit)	Brocas Zentrum, hintere Zweidrittel der linken unteren Stirnwindung
2. Subkortikale motorische Aphasie (reine Wortstummheit)	Ausgedehnter Herd im Marklager des hinteren Teils der dritten Stirnwindung
3. Transkortikale motorische Aphasie	Geringerer Grad von 1 und 2
4. Kortikale sensorische Aphasie (vollst. Worttaubheit)	Hinteres Drittel der ersten Schläfenwindung (Wernickes Zentrum)
5. Subkortikale sensorische Aphasie (reine Wort[Sprach]-taubheit)	Linker Schläfenlappen (mit Ausnahme des Wernickeschen Zentrums)
6. Transkortikale sensorische Aphasie	Umgebung der zweiten und dritten Schläfenwindung und Schläfenlappenmark
7. Alexie (meist zusammen mit Hemianopsie)	Marklager des Gyrus angularis
8. Agraphie	Verbindung des Handzentrums mit Hinterhauptlappen

B. Amnestische Störungen.

1. Verbale amnestische Aphasie (Ausfall der wichtigsten Worte, besonders der Hauptworte und Verben)	Kleine Herde der Schläfenwindung
2. Optische Aphasie (Ausfall der Bezeichnungen nur beim Erblicken)	Schläfenlappen und Übergang zum Hinterhauptlappen

C. Agnostische Störungen.

1. Optische Agnosie (Seelenblindheit)	Hinterhauptlappen (links und rechts; selten nur links)
2. Akustische Agnosie (Seelentaubheit)	Linker Schläfenlappen
3. Taktile Agnosie (Tastlähmung)	Mittleres Drittel der hinteren Zentralwindung oder des Parietallappens

D. Apraktische Störungen.

1. Lähmung der rechten Hand Dyspraxie der linken	Totale Zerstörung des Handzentrums links
2. Dyspraxie der linken Hand	Störung der (Balken-) Verbindung der beiden Handzentren
3. Ideokinetische Apraxie der rechten und Dyspraxie der linken Hand	Herd im Scheitellappen hinter dem linken Handzentrum.

VII.

An der Hand des Schemas wird man unter Berücksichtigung der Seltenheit reiner Formen zuerst die allgemeinen Umrisse aufsuchen, die aber erst durch die sorgfältige Ausarbeitung aller Einzelheiten Wert gewinnen. Nicht um die interessanten Fragen nach dem Aufbau der Sprache, der Entstehung der Vorstellungen, den Zusammenhang des psychischen Geschehens wissenschaftlich zu fördern, auch nicht um an Hand der Lokalisation eingreifen zu können, ist es erforderlich, bei der Feststellung der Aphasieform unserer Kopfverletzten auch den kleinsten Beeinträchtigungen der Einzelfunktionen nachzuspüren, sondern aus rein praktischen Gründen.

Die Bedeutung der aphasischen Störungen liegt in der Beeinträchtigung der sozialen Brauchbarkeit. Die schwersten Schädigungen, ausgedehnte Wortstummheit, Worttaubheit, Seelenblindheit usw. sind für jeden Verletzten, wenn keine weitgehende Besserung möglich ist, was leider selten der Fall ist, gleichbedeutend mit einer fast völligen Verhinderung jeder ernsthaften, nicht nur mechanischen, automatisch erlernbaren Berufstätigkeit. Die Zahl derartiger völliger Aufhebungen einer für das soziale Leben und den Verkehr mit den Menschen notwendigen Fähigkeit bleibt erheblich hinter der Zahl der Fälle zurück, die auf irgend einem Gebiete der Aphasie nur leichtere Störungen zeigen, Erschwerung, Verlangsamung oder so geringfügige Ausfälle, daß sie dem Kranken selbst nicht einmal bekannt sind oder von ihm selbst nur bei genauer Selbstbeobachtung bemerkt werden.

Ein Kunstmaler hatte nur die Fähigkeit, sich an Farben zu erinnern, verloren, und vielleicht war auch noch seine Begabung, feinste Farbentöne zu erkennen, etwas herabgesetzt.

Ein Schriftsetzer hatte sein optisches Reproduktionsvermögen eingebüßt. Nicht das optische Gedächtnis, denn er erkannte sofort alles, die Heilbronnerschen Ergänzungsbilder sogar überraschend schnell, entdeckte jeden Fehler an Zeichnungen, benannte fast alles richtig, wenn ihm auch ganz ausnahmsweise eine Bezeichnung zuweilen fehlte. Aber er war — im Gegensatz zu seiner früheren Merk- und Denkweise — nicht mehr imstande, sich irgendeinen Gegenstand visuell vorzustellen, farbige Dinge aufzuzählen und aus dem Gedächtnis gotische Buchstaben und dergleichen zu zeichnen.

Bei einem Hauptmann fand ich als Rest einer zweifellosen Hirnblutung oder Nekrose nach Granaterschütterung außer körperlichen Symptomen nur eine fast völlige Einbuße seiner französischen Sprachkenntnisse.

Während den letzteren dieser Verlust wohl kaum in seinem Berufe behindern wird, ist, wenn die Besserung ausbleibt, der Maler trotz der ganz umschriebenen Störung für seine Kunst verloren, der Schriftsetzer mindestens in hohem Grade geschädigt und zum Entwerfen von Plakaten und schwierigen Aufgaben ganz unbrauchbar. Eben darin liegt die Wichtigkeit kleinster Defekte, daß dieselbe Störung, die für den einen belanglos ist, den anderen zwingt, seinen Beruf aufzugeben. Für einen Kaufmann ist das Vergessen fremder Sprachen, für einen Schriftsteller schon die leichteste Erschwerung des Wortfindens, für den Uhrmacher und Feinmechaniker die geringfügigste Astereognosie, für den Handlanger die Apraxie ebenso bedenklich, wie für den erwähnten Maler, für den Kunstgelehrten und den Modewarenhändler die Beeinträchtigung des Farbenerinnerungsvermögens.

Es ist deshalb notwendig, auch den kleinsten Ausfällen Beachtung zu schenken. Am besten ist es, in jedem Falle, in dem die Möglichkeit der Aphasie besteht, die ganze Reihe der Funktionen durchzuprüfen; aber auch dann wird man noch nicht ohne weiteres mit Sicherheit alles finden. Zuweilen zeigt sich die Störung erst dann, wenn der Kranke die gestellte Aufgabe sehr schnell lösen muß, oder wenn er im Verlauf einer längeren Untersuchung ermüdet, oder wenn seine Aufmerksamkeit abgelenkt wird, oder wenn er aufgeregt ist. Diese „latenten Defekte", wie Tschermak sie genannt hat, sind deshalb, weil sie im allgemeinen nicht hervortreten, doch

nicht weniger wichtig. Sie sind in allen schwierigen Berufen trotz ihrer Geringfügigkeit hinderlich. Und sie sind zuweilen diagnostisch von großer Bedeutung. Besonders in Fällen, in denen starke subjektive Beschwerden und die später zu besprechenden Allgemeinstörungen die Differentialdiagnose gegenüber der traumatischen Neurose oder sogar der Übertreibung recht schwierig machen, ist eine selbst noch so beschränkte aphasische Störung oft der einzige sichere Anhaltspunkt dafür, daß organische Veränderungen des Gehirns vorliegen.

Ich beobachtete noch vor kurzem einen Kranken, der für einen Simulanten gehalten worden war. Eine sorgsame Prüfung hätte ihn durch den Nachweis einer nicht einmal geringfügigen amnestischen Aphasie vor diesem Verdacht geschützt.

Auch in manchen anderen Fällen wurde organische Ungeschicklichkeit und Schwerfälligkeit mißdeutet, und zu Unrecht Mangel an gutem Willen angenommen, wo tatsächlich die schlechten Leistungen nur die Folge übersehener aphasischer Ausfälle waren. Übrigens ist es mir auch vor dem Kriege schon wiederholt begegnet, daß Kranke als Geistesgestörte in meine Klinik eingeliefert wurden, weil die Unmöglichkeit der Verständigung oder paraphasisches Falschreden so gründlich verkannt worden war.

Gelegentlich verschleiern die Kranken bewußt ihren Defekt, der ihnen sehr unangenehm ist; sie verstehen es oft ausgezeichnet, die ihnen fehlenden Worte zu umschreiben oder nichtverstandene aus dem Zusammenhang zu erraten; oder sie helfen sich durch Benutzung anderer Sinnesgebiete nach; z. B. der Seelenblinde durch Betasten.

Ein Fliegeroffizier, von Beruf Mathematiker, hatte die fertigen optischen Lösungen von Rechenaufgaben verloren; er rechnete statt dessen kombinatorisch, und zwar mit so großer Gewandtheit, daß es ohne sein Eingeständnis nicht möglich gewesen wäre, festzustellen, wie erheblich die Schädigung war.

Hier konnte die glänzende Befähigung zu kombinatorischem Rechnen die verlorene optische Methode ausreichend ersetzen; ein weniger Begabter und Ungeübter würde dazu nicht imstande sein und es vielleicht auch nie erlernen können. Der von dem Kranken eingeschlagene Hilfsweg gibt gleichzeitig einen Fingerzeig, wie ein schwerer Schaden unter günstigen Umständen leidlich dadurch ausgeglichen werden kann, daß eine unberührt gebliebene Funktion an die Stelle der geschädigten tritt.

Jeder einigermaßen große Ausfall übt seinen Einfluß auch auf das ganze sonstige Verhalten des Geschädigten aus. Bei der Bedeutung, die der Sprache in unserem Vorstellungsleben und im Verkehr mit anderen zukommt, wird jede aphasische Störung der Persönlichkeitsentwicklung zum Schaden gereichen und die Beziehungen zu der Umgebung beeinträchtigen. Aber in den Vordergrund tritt die individuelle Schädigung, die von den Anforderungen des Berufs abhängt. Deshalb wird man in jedem Falle gerade auf die einzelnen Fähigkeiten achten müssen, die für die Berufsausübung in Betracht kommen, und diesen bis in die feinsten Verzweigungen nachgehen, mit um so größerer Sorgfalt, je verwickelter die Voraussetzungen einwandfreien und schnellen Arbeitens sind.

Von diesem Gesichtspunkte aus verdienen die Störungen der Praxie eine größere Beachtung als sie im allgemeinen finden. Ich meine damit nicht nur die besonders von Liepmann beschriebenen Formen. Überlegt man sich, wie unendlich zahlreich die uns zuströmenden Eindrücke und ihre Verknüpfungen mit früheren Erinnerungsbildern sind, so ergibt sich von selbst, daß der Fortfall einzelner Gruppen und die Verschiebung zugunsten anderer das Gesamtbild und damit auch das genaue Zusammenspiel der eingeübten reaktiven Bewegungen verändern müssen. Gewiß ist ein großer Teil dessen, was wir zu tun pflegen, automatisch so eingeübt, daß der Mechanismus der Ausführung trotz aller Störungen regelrecht ablaufen kann; stellt man aber größere Anforderungen an den Kranken, so leidet das schnelle Erfassen dessen, was geschehen muß, und damit die Ausführung.

Das tritt besonders auf dem Gebiete der optischen Apraxie hervor. Schon bei nicht sehr erheblichen Schädigungen des Okzipitalhirns wird zwar noch der einzelne Gegenstand schnell und richtig erfaßt, nicht aber zugleich auch der Zusammenhang rasch aufeinanderfolgender Eindrücke. Wahrscheinlich hauptsächlich, weil die Ansprechbarkeit der alten Erinnerungsbilder zu langsam vor sich geht, um die nicht ganz aufgefaßten oder übersehenen Einzelheiten zu ergänzen und fehlende Übergänge zu überbrücken. Infolge dieser Störung, einer Art leichter Seelenblindheit,

werden auch verhältnismäßig leichte Aufgaben, zu deren Lösung ein Überblick über das Gesamtbild, das Festhalten der Einzelheiten und des Eindrucks erforderlich ist, nicht richtig ausgeführt.

Ich glaube allerdings, daß der größte Teil der Fälle leichter optischer Apraxie nicht auf Seelenblindheit, sondern auf eine Störung der optischen Reproduktionsfähigkeit zurückzuführen ist. Eine Beeinträchtigung der Fähigkeit, visuelle Erinnerungsbilder wieder aufleben zu lassen, ist bei Kopfverletzungen keine Seltenheit. Ich fand sie zu meiner Überraschung oft auch bei Schußverletzungen, die von der Okzipital-Gegend weit ablagen. Der Kranke ist in solchen Fällen nicht seelenblind; er erkennt alle Einzelheiten und erfaßt den Zusammenhang ohne Schwierigkeit. Aber er kann sich visuell nichts vorstellen; und jeder durch das Auge gewonnene Eindruck sinkt sofort in unzugängliche Tiefen. Er ist nicht verschwunden, denn er wird wiedererkannt, aber er ist spontan trotz allen Bemühens nicht reproduzierbar. Das gleiche gilt auch für alles, was sich schon früher durch Sehen dem Gedächtnis eingeprägt hat. Der so Geschädigte besitzt wohl noch seinen Schatz optischer Erinnerungsbilder, er kann ihn auch noch vermehren, aber er hat den Schlüssel zu dem Schatz verloren.

Ein Weg zur Feststellung dieser Störung ist der, daß man Reihen farbiger (roter, gelber) Gegenstände oder solcher, die in Küche, Schule, Werkstätte vorhanden sind, nennen läßt. Während der Gesunde — auch sogar der angeboren visuell schlecht Veranlagte, der durch assoziative Verankerung den Defekt längst leidlich ausgeglichen hat — mühelos ganze Reihen aufzuzählen vermag, findet der in seiner optischen Reproduktionsfähigkeit Beeinträchtigte trotz aller Mühe meist nur ganz wenige Gegenstände.

Natürlich wird man stets, wenn man dieser Erscheinung begegnet, erst durch genauere Prüfung volle Sicherheit zu gewinnen suchen, ob die Behinderung des Herzählens von Gegenständen wirklich auf einer Störung der Reproduktionsfähigkeit beruht, und ob diese nicht etwa durch Mangel an Aufmerksamkeit und geistiger Regsamkeit oder durch Hemmungen und dergleichen vorgetäuscht wird.

Der in seiner Reproduktionsfähigkeit Geschädigte zeichnet Vorlagen getreu nach, baut nach Vorlagen Figuren aus Bausteinen richtig auf; höchstens ist dabei auffallend, wie oft er sein Werk mit dem Muster vergleicht. Sobald er aber die Vorlage, selbst wenn er sie lange genau betrachtet hat, nicht mehr vor Augen hat, mißglückt ihm die Aufgabe mehr oder weniger gründlich. (Man tut gut, als Vorlagen solche Figuren zu wählen, die sich nicht leicht in Worte oder Begriffe umsetzen lassen. Durch solche Hilfen kann das Bild der optischen Apraxie verschleiert werden.)

Ist die Störung der Reproduktionsfähigkeit sehr erheblich, so versagt der Kranke überall, wo er der lebendigen visuellen Erinnerungsbilder und des visuellen Vorstellungsvermögens bedarf. Bei Tätigkeiten, deren richtige und zweckmäßige Ausführung sonst durch das mehr oder weniger plastische Bild der zu vollendenden Aufgabe geleitet und gesichert wird, werden die Geschädigten ungeschickt und ratlos. Erst recht da, wo nicht Altgewohntes geschehen soll, das in anderen, z. B. motorischen Erinnerungsbildern eine Stütze findet, sondern wo Neues geschaffen werden soll; etwa wie der S. 31 erwähnte Schriftsetzer, der keine Plakate mehr entwerfen kann. Dem Kranken bleibt nur übrig aufs Geratewohl anzufangen und zu versuchen, ob er zufällig den richtigen Weg findet. Äußerlich ergibt sich durch das unsichere Probieren, das ziellose Herumtasten und das Fehlgreifen das Bild der optischen Apraxie.

Ich kann auf weitere Untersuchungsgebiete und -methoden nicht eingehen. Die ausführliche theoretische Darstellung der Wege, auf denen wir unsere Erinnerungen erwerben, der Art, wie sie haften, sich verändern und miteinander verbinden, der psychischen Vorgänge, die bei der Bildung deutlicher Vorstellungen beteiligt sind, der Unterschiede zwischen Merken, Sicherinnernkönnen und dem, was wir eigentlich allein Gedächtnis nennen müßten, hatte nur dann Zweck, wenn diese Erwägungen unserer der Verfeinerung bedürftigen Diagnostik die Wege weisen können. Und ich wiederhole, wir dürfen bei allem Suchen nach Ausfallserscheinungen das eine Ziel nicht einen Augenblick außer Acht lassen, die Störungen der Berufsbetätigung und Lebensführung zu erkennen. Alles für den Einzelfall Notwen-

dige ergibt sich unmittelbar aus den von Mensch zu Mensch wechselnden Aufgaben.

VIII.

Wenn es uns geglückt ist, den Umfang der Funktionsstörungen zu ermitteln, und zwar auch in der Richtung, daß wir genau wissen, inwiefern die jeweiligen Berufsanforderungen durch die Besonderheiten des Einzelfalles gelitten haben, so haben wir nur den ersten Teil unserer ärztlichen Aufgaben gelöst. Wir würden uns trotz allen wissenschaftlichen Interesses und allen Mitgefühls mit den Geschädigten hüten müssen, ja wir wären kaum berechtigt, allzu eindringlich nach verborgenen Ausfallserscheinungen zu fahnden, wenn das Gefundene nicht unseren Kranken zugute kommen würde, wenn wir es nicht bei ihrer Behandlung verwerten könnten. Denn das Suchen nach Störungen hat auch seine großen Schattenseiten. Jeder hat wohl häufig erlebt, daß einfache Soldaten, aber auch Gebildete und Studierte über einige kleine nebensächliche Symptome allgemeiner Art klagten, aber von einem Ausfall ernstester Art nichts wußten. Wenn sie aber nun bei einer gründlichen ärztlichen Untersuchung merken — und das kann doch selbst einem mäßig intelligenten Menschen nicht leicht entgehen —, daß sie in der einen Gesichtsfeldhälfte erblindet sind, oder daß sie nicht mehr imstande sind, die Bedeutung jedes Wortes sofort zu verstehen oder bekannte Gegenstände mit voller Sicherheit richtig zu benennen, so wirkt diese Entdeckung oft geradezu niederschmetternd. Sie beobachten sich, fangen an, auf diese und auf weitere Symptome zu achten, und können dadurch zu Hypochondern werden.

Zu so schwierigen und zeitraubenden Untersuchungen, wie sie für das Erkennen von Ausfallserscheinungen auf psychischem Gebiete notwendig sind, gehört außer Erfahrung auch Takt und Übung in der Art, wie man mit Kranken umgehen muß, um keinen Schaden anzurichten, Teilnahme am Schicksal des Verletzten und Gewandtheit, um das Entstehen ängstlicher Selbstbeobachtung sofort im Keime zu ersticken. Wir wollen ja dem Kranken nichts verheimlichen, was er wissen muß, dürfen es vielfach überhaupt nicht, wenn wir

ihm helfen oder Unglück verhindern wollen; aber es ist deshalb doch nicht nötig, den Geschädigten auf jede einzelne Schädigung, die seine Verletzung zur Folge hat und vielleicht noch haben kann, aufmerksam zu machen. Es genügt, wenn er über die wichtigsten Mängel unterrichtet wird; aber mit der Feststellung jeder Schädigung muß sofort die Erörterung der Ausgleichsmöglichkeit verbunden werden, im Interesse der Beruhigung und Heilung. Wir müssen uns deshalb Rechenschaft darüber geben, inwieweit die lokalisierten Ausfallserscheinungen wieder ausheilen oder ersetzt werden können.

Ich habe in der Einleitung bemerkt, daß wir es durchweg mit chirurgisch Geheilten zu tun haben. Hier muß ich aber nochmals darauf zurückkommen. Chirurgisch geheilt dürfen wir unsere Kranken insofern nennen, als die Verletzungen geheilt sind, und vorerst keine Anhaltspunkte vorhanden sind, die einen neuen Eingriff rechtfertigen können. Aber das gilt doch nur cum grano salis.

Die Röntgenbilder sind leider nicht immer so eindeutig, um jeden Schädelbruch, jede Absplitterung der Glastafel, jedes eingesprengte Knochenteilchen mit Sicherheit zu erkennen; mancher Befund ist erst im Zusammenhang mit den klinischen Erscheinungen verwertbar. Zysten, Reste alter Blutungen, Abszesse heben sich zwar zuweilen auf dem Röntgennegativ als dunkle Schatten ab. Mehr aber als einen Verdacht solcher Vorgänge im Gehirn gestattet das Bild nicht. In derartigen Fällen ist der Nachweis von Ausfallserscheinungen wichtig; sie brachten uns auch sonst oft genug erst auf die Spur von Knochenveränderungen, Splittern, Geschoßteilen oder von sonstigen Fremdkörpern, die dann auch meist auf dem Bilde zu finden waren.

Aber selbst sichere Befunde sind kein zwingender Anlaß zu operativem Eingreifen. Es wäre falsch, jeden Fremdkörper, der im Gehirn steckt, unter allen Umständen zu entfernen. Bei dem einen ist das wegen seiner Lage überhaupt ausgeschlossen; bei anderen ist die Gefahr, wichtige Teile bei dem Herausholen zu zerstören, zu groß, als daß man, wenn nicht

ernste Lebensgefahr dazu zwingt, operativ vorgehen dürfte; wieder andere heilen symptomlos ein.

Auch die Gefahr der Senkung der Geschosse und der Vergiftung durch Kupfer und Blei hat sich als so gering erwiesen, daß dieser Befürchtung wegen kein Geschoß herausgeholt werden muß.

Bei Fieber, Benommenheit, Drucksymptomen wird man mit einer neuen Operation nicht lange zögern; in allen anderen, auch den günstigsten Fällen, ist die Entscheidung, ob ein chirurgischer Eingriff notwendig oder wünschenswert ist, von den Ausfallserscheinungen oder, wie bei epileptischen Anfällen, von den Reizsymptomen, Verwachsungen, Narben usw. abkängig und von der Aussicht, die Schäden wirklich beseitigen zu können.

Die weiteren Erörterungen gehen also nunmehr von der Voraussetzung aus, daß der Kranke seitens des Chirurgen keine Hilfe mehr erhoffen kann. Das Nervengewebe des Gehirns ist keiner Neubildung fähig. Wie kann unter diesen Umständen eine Wiederherstellung verloren gegangener Fähigkeiten zustande kommen? Wir sehen doch gar nicht selten Lähmungen, Aphasien, Gesichtsfelddefekte in wenigen Tagen von selbst verschwinden. Diese Fälle machen der Erklärung keine Schwierigkeiten. Die Ausfallserscheinungen sind dann nicht die Folge unmittelbarer Zerstörung, sondern einer Schockwirkung. Ob man nun annehmen will, daß durch Druck oder Reiz, der von der verletzten Stelle auf die benachbarten Gebiete ausgeübt wird, Ausfallserscheinungen entstehen, oder daß durch die Diaschisis von Monakows eine Fernlähmung der Funktionen eintritt, ist für diese schnell verschwindenden Symptome gleichgültig.

Für die Dauerstörungen ist die Hypothese einer andauernden Fernwirkung nicht ausreichend, zumal wir gerade in solchen Fällen schwere anatomische Veränderungen in den entsprechenden Hirngegenden nur ausnahmsweise vermissen. Demnach bleiben zum Ausgleich der fehlenden oder gestörten Funktionen nur zwei Wege: Die Wiederherstellung und der Ersatz (Lucianis organische und funktionelle Kompensationen).

Die Ausfallserscheinungen, soweit sie nicht schon bald wieder verschwunden sind, bessern sich in der Regel im Laufe der Zeit in bald größerem, bald geringerem Umfange, wohl weil immer ein Teil unzerstörten Gewebes sich erholt und wieder funktionsfähig wird. Manchmal gehen noch nach Monaten die Symptome spontan erheblich zurück. Es ist ein ungelöstes Rätsel, wie das zu erklären ist. Vieles spricht dafür, daß die funktionstüchtigen Reste der zerstörten Gegend durch die stärkere Beanspruchung leistungsfähiger werden, manches für die, wenn auch nur durch einzelne Beobachtungen erwiesene Möglichkeit des Neulernens seitens der entsprechenden Teile der anderen Hirnhälfte.

Wir dürfen mit dieser Möglichkeit rechnen, da ja alle Erinnerungsbilder erst von jedem einzelnen Menschen im Laufe des Lebens erworben werden müssen. Die Lokalisation ist zwar abhängig vom jeweiligen Verlauf der zum Zentrum gehenden und von ihm wegführenden Nerven; aber der Umfang, in dem die beiden Hirnhälften in Anspruch genommen werden, ist nicht von vornherein endgültig festgelegt. Die Tatsache, daß wir immer noch zu allem, was wir wissen, hinzulernen, die Summe der Erinnerungsbilder immer noch erheblich vergrößern können, ferner Erfahrungen wie die stärkere Entwicklung der anderen Hirnhälfte nach einseitiger Erkrankung des Gehirns im Kindesalter und ähnliche Beobachtungen bei Erwachsenen beweisen, daß ein Teil jeder funktionell in bestimmter Richtung veranlagten Hirngegend brach liegt und erst bei stärkeren Anforderungen ausgebildet wird.

Vielleicht erscheint aus theoretischen Gründen auch noch ein dritter Weg gangbar. Jedes Erinnerungsbild steht, wie ich ausführlich besprochen habe, mit zahlreichen anderen ähnlichen, aber auch mit solchen völlig verschiedener Herkunft in Verbindung. Es wäre nun möglich, daß durch diese enge Vermischung und stete gemeinsame Betätigung Bestandteile aller spezifischen Erinnerungsspuren auch an andern Stellen als an der Hauptniederlage jeder einzelnen Erinnerungsform haften. Gemeint ist etwa folgendes: Das optische Erinnerungsbild z. B. ist — so nehme ich an — außer im Sehzentrum durch eine Art von optischer Spur

auch noch im Sprachzentrum und anderen Gegenden vertreten. Geht das optische Gedächtnis durch Verletzung der Hinterhauptsgegend verloren, so bleiben immer noch an den anderen Stellen die zahlreichen Reste früherer optischer Erregungen, deren Verbindungswege von und nach dem Sehzentrum laufen. Es ist denkbar, daß von diesen der Eigenart der verlorenen Erinnerungsbilder nahestehenden Erinnerungsspuren aus durch stärkeres Ausnützen aller früheren Bahnen und neuer Hilfswege optische Erinnerungsbilder auch in Zellen sich entwickeln und haften bleiben könnten, die ursprünglich nicht für den Sehakt vorgebildet sind.

Ich rechne also auch mit der Möglichkeit der Umgestaltung funktionsfremder Hirnteile und ihrer Anpassung an spezifische Fähigkeiten, und zwar auf Grund klinischer Erfahrungen. Jede zentrale Funktionsstörung darf einige Monate nach der Heilung der Verletzung und Beendigung des reaktiven Prozesses bei Zystenbildung usw. als unveränderlich betrachtet werden, es sei denn, daß man den bestehenden Zustand durch zielbewußten und methodischen Unterricht unter Anwendung aller Hilfsmittel zu bessern versucht. Die Erfolge der Heilungsbestrebungen bei der Aphasie werden von Wernicke sehr skeptisch beurteilt; andere dagegen sind sehr zufrieden mit dem Erreichten. Daß man den Kranken helfen kann, ist wohl erwiesen. Die Fortschritte sind bei wirklich stabilen Fällen — und nur solche lassen ein Urteil über die Erfolge der Therapie zu — oft zuerst sehr groß und verhältnismäßig schnell. Dann kommt es zu einem Stillstand; und über das Erreichte hinaus ist jede weitere Ausdehnung des Erlernbaren sehr langsam und mühsam zu erkämpfen, und auch dann nur bis zu einer der ersterreichten sehr nahen Grenze. Während ferner das in dem ersten Zeitabschnitte wiedergewonnene Können und Wissen nach häufiger Wiederholung als Dauerbesitz betrachtet werden darf, wird das im zweiten Abschnitt Erworbene immer wieder vergessen und bleibt nur haften, so lange es dauernd und unablässig wiederholt und geübt wird. Ist die Störung sehr schwer, so trägt überhaupt von vornherein das Neuerlernen den Charakter des zweiten Abschnittes, d. h. es ist auch bei an-

gestrengtester Arbeit nicht sehr viel zu erreichen, und jedes Aussetzen der Übungen ist gleichbedeutend mit sofortigen Rückschritten und schließlich völligem Vergessen.

Es ist nur eine Arbeitshypothese, aber vielleicht keine ganz unwahrscheinliche, wenn wir die beiden so verschiedenen Möglichkeiten des Wiedererlernens verlorener Fähigkeiten auf anatomische Verschiedenheiten zurückführen. Das schnellere Lernen und bessere Haften der ersten Zeit möchte ich mit der Übernahme der Funktion durch stärkere Inanspruchnahme und Weiterausbildung sowohl der Reste der zerstörten Gegend als der anderen Hirnhälfte in Zusammenhang bringen; hier kämen also Hirnbestandteile in Betracht, die den vernichteten gleichartig und für deren spezifische Tätigkeit vorgebildet und vorbereitet sind. Das flüchtige und nur wenig umfangreiche Neulernen der zweiten Periode wäre dann als Tätigkeit ursprünglich der spezifischen Funktion fremder Zellen anzusehen.

Wie man aber auch diese Erscheinungen deuten mag, es ist nicht zu bezweifeln, daß viele Ausfälle allen Heilbestrebungen trotzen; und daß wir unter den besserungsfähigen Störungen mit solchen, die ganz oder fast ganz zu beseitigen sind, und mit solchen, die ohne unablässige Übungen immer wieder auftreten, zu rechnen haben. Wir dürfen uns deshalb keine Illusionen über das Maß des Erreichbaren machen; bei jeder einigermaßen ernsten Schädigung stoßen wir bald an eine Grenze, über die hinaus wenig zu erhoffen ist. Aber wir kennen die Grenze nicht und können nicht von vornherein wissen, wieviel des Verlorenen sich auch ohne unser Zutun wieder von selbst einstellen wird, und was der Kranke bei dieser Selbstheilung und über sie hinaus durch geeignete Hilfe noch gewinnen kann. Grund genug, um uns vor der Überschätzung der Erfolge unserer Arbeit zu bewahren, aber auch Grund genug, um helfend einzugreifen.

Das eine ist wohl sicher, das Wiedererlernen wird durch zweckmäßige Übungen beschleunigt; wie gewollte Bewegungen den geschädigten Nerven schneller bewegungsfähig machen als die durch den elektrischen

Strom ausgelösten, so bahnt auch die gewollte psychische Tätigkeit die alten Wege eher, als wenn die Spontanheilung abgewartet wird. Während der Zeit des anatomischen Heilungsprozesses wird man allerdings den Kranken nicht viel zumuten dürfen. Besonders bei zentralen motorischen Lähmungen ist jede Anstrengung vom Übel. Ist aber anzunehmen, daß die Wunde vernarbt ist, so müssen die verloren gegangenen Fähigkeiten langsam und vorsichtig wieder geübt, wieder erlernt werden.

Wie das im einzelnen Falle am besten zu geschehen hat, ergibt sich durch die Überlegung, auf welchem Wege die geschädigte Funktion erworben worden ist und, unter Berücksichtigung aller sonstigen Defekte, wieder neuerworben werden kann. Nur ein Beispiel: Wir lernen Lesen und Schreiben gleichzeitig. Das optische Schriftbild hilft der Fixierung der Schreibbewegungserinnerung, diese dem Haften des visuellen Bildes. Ist also das Lesen gestört, so kann es schneller wieder erlernt werden, wenn wir gleichzeitig schreiben lassen, vielleicht auch gleichzeitig dem Kranken das Wort laut vorsprechen oder ihn selbst laut aussprechen lassen. Das neue Erinnerungsbild oder der verblaßte Rest des alten erhält dadurch von allen Seiten Stützen, die seine anfangs geringe Lebendigkeit verstärken. Der Nutzen der Darlegungen über das Zustandekommen der Vorstellungen und das Wesen des Gedächtnisses besteht, wie jetzt wohl ersichtlich, hauptsächlich darin, die Wege der Behandlung, die bei jeder Störung andere sind, leichter aufzufinden und zielbewußter der Art der Störung anzupassen.

Wir sind aber nicht allein darauf angewiesen, die erhaltenen Reste der Verletzungsgegend und vielleicht deren Umgebung sowie die entsprechenden Stellen der anderen Hirnhälfte, soweit dies überhaupt möglich ist, funktionsfähig zu machen. Glücklicherweise; denn in vielen Fällen ist damit wenig zu erreichen. Deshalb ohne weiteres jede Hoffnung aufzugeben, wäre falsch. Was wir wollen, ist, die Funktion wieder herzustellen; geht das nicht auf dem geraden Wege, so vielleicht auf Umwegen. Auch dazu finden wir die Handhaben in der Überlegung, wie die Fähigkeit, um die es sich handelt, zustande

kommen kann. Ich wähle als Beispiel das Rechnen. Die meisten Menschen rechnen vorwiegend optisch, wohl wegen der größeren Häufigkeit des visuellen Merkweges und der größeren Lebendigkeit dieser Erinnerungsbilder. In der Regel wird man deshalb auch bei Verletzungen der Hinterhauptgegend Rechenstörungen nicht vermissen. Man kann aber auch auf andere Weise rechnen, akustisch, motorisch und kombinatorisch. Ich erinnere nur an den (S. 32) erwähnten Fliegeroffizier.

Die Methode, die dieser aus eigenem Antriebe ausnutzte, um den Defekt zu verbergen, kann uns auch in anderen Fällen helfen, die Funktion wiederherzustellen, indem wir die anderen Lernwege ausbilden und üben. Die optische Apraxie z.B. kann durch äußerste Ausnützung der taktilen Wege ausgeglichen werden, wenigstens teilweise. Bei Astereognosie muß das Auge die verlorene Fähigkeit ersetzen, mittels des Körpergefühls zu erkennen. In dem ersten Fall wird die gestörte Funktion, das Rechnen, wieder ermöglicht durch Verwertung weniger geübter Lern- und Betätigungswege, in den anderen wird das praktisch gleiche Ergebnis durch die stärkere Inanspruchnahme eines unbeteiligten Sinnesorgans angestrebt.

Diese Art der Hilfe, der funktionelle Ausgleich, steht im Gegensatz zu der früher besprochenen, der anatomischen Wiederherstellung. Leider ist, wie diese, auch jene nur ausnahmsweise in vollem Umfange möglich. Ein Haupthindernis ist wohl grundsätzlicher Natur. Ob jemand dem visuellen oder akustischen Merk- und Gedächtnistypus angehört, ist kein Zufall, keine Willkür. Die wenigsten Menschen wissen überhaupt, auf welchem Wege sie sich ihr Wissen einprägen. Daß der eine den visuellen, der andere den akustischen Weg vorzieht, liegt zweifellos an der spezifischen Veranlagung. Jeder Versuch am Gesunden kann uns darüber belehren, wie schwer es — falls nicht mehrere Merkweisen annähernd gleichmäßig benutzt zu werden pflegen — einem Menschen von ausgeprägt visuellem Typus wird, nur durch Hören, unter Verzicht auf das Sehen, etwas auswendig zu lernen. Betrifft nun die Schädigung die vorwiegende Begabung, so bleiben zwar die anderen Merkwege, sie sind aber von vornherein weniger oder kaum geeignet, den Verlust auszugleichen. Gewiß wird auch in solchen

Fällen durch eifrige Bemühungen noch etwas zu erreichen sein, aber einen völlig gleichwertigen Ersatz halte ich für ausgeschlossen. Wie es mit der anderen Hilfsmöglichkeit, der Benutzung anderer Sinnesorgane, steht, kann jeder leicht selbst ermessen. Diese Art der Hilfe verbietet sich bei vielen Störungen von selbst, oder sie bleibt ein unzulänglicher Behelf.

Und endlich bleibt noch eine weitere Schwierigkeit den meisten Verletzten nicht erspart, die darin besteht, daß der Defekt vielfach nicht auf eine Fähigkeit beschränkt ist, sondern daß auch andere mehr oder weniger mitbetroffen sind. Dann stehen wir vor dem letzten Ausweg, auf die Beseitigung des Ausfalls zu verzichten, und dem Geschädigten einen Beruf zu empfehlen, bei dem er der fehlenden Funktionen möglichst wenig bedarf. Auch dabei sind wir nur ausnahmsweise in der glücklichen Lage, frei wählen zu können; abgesehen davon, daß es niemandem in vorgeschrittenem Alter leicht wird, ganz von vorne an einen Beruf neu zu erlernen, stehen uns dabei die gesamten Ausfallserscheinungen, und wenn sie auch noch so gering sind, hindernd im Wege.

Wir können viel für den Geschädigten tun, wir können ihn auch bei der Berufswahl besser beraten, als er selbst vermag, weil wir besser wissen, welche Art der Tätigkeit er trotz seiner lokalisierten Defekte noch ausüben und wie er sie am besten erlernen kann. Eine ungemein anziehende Aufgabe für den Arzt. Aber ganz vollwertig wird die Leistungsfähigkeit wohl nur in Ausnahmsfällen, und stets bleibt selbst bei ausreichender beruflicher Tüchtigkeit und Erwerbsfähigkeit der nicht zu beseitigende Ausfall eine ernste Beeinträchtigung der Persönlichkeit in ihren sonstigen Beziehungen zur Außenwelt.

IX.

Ein Überblick über das Besprochene ergibt, daß die erste Voraussetzung für die Hoffnung, den Hirnverletzten helfen zu können, in ziemlich hohem Grade zutrifft. Wir können mit leidlich großer Genauigkeit feststellen, was geschädigt ist, und inwiefern der Geschädigte durch Art und Umfang der Ausfallserscheinungen in der Ausübung seines Be-

rufs behindert ist. Sehr wenig befriedigend dagegen ist das Ergebnis unserer Erörterung über die zweite Voraussetzung, daß der Ausfall der geschädigten Fähigkeiten anatomisch oder funktionell einigermaßen auszugleichen oder zu ersetzen ist. Das Maß des von selbst Heilenden ist beschränkt, das Gebiet des durch geeigneten Unterricht und durch Übungen Wiederherstellbaren durchaus nicht beliebig ausdehnbar, der Ersatz durch andere Funktionen nur in mäßigem Umfange möglich, ebenso wie das Erlernen eines neuen Berufes. Dem Selbstheilungsprozesse und unseren Bestrebungen, zu helfen, sind enge Grenzen gesetzt, die wir vergeblich zu überschreiten suchen.

Es gibt Ausnahmen. Zuweilen ist der Defekt nur gering und für den Beruf ohne Bedeutung; zuweilen sind die Ausfallserscheinungen heilbar; zuweilen werden wir durch unseren Rat den Geschädigten zu einer sicheren Lebensstellung und befriedigenden Berufstätigkeit verhelfen können. Aber die Wiederherstellung der vollen Erwerbsfähigkeit bedeutet noch keine Genesung. Die allgemeine Lebensführung bleibt behindert, die Lebensfreudigkeit beeinträchtigt, auch bei sonst günstigen Fällen; in der Regel aber besteht daneben noch die Erschwerung des Kampfes ums Dasein durch die Minderwertigkeit der Berufsleistungen.

Wenn man sich das klar macht, dann muß man sich fragen, ob es berechtigt ist, wenn Hartmann die Erfolge der „pädagogischen Psychotherapie" ganz besonders ermutigend nannte. Das war allerdings im Frühjahr des vorigen Jahres. Ich muß gestehen, damals war ich genau so begeistert von den Erfolgen wie Hartmann und viele andere; aber je länger der Krieg dauerte, um so mehr schwand meine Freude an dem, was wir mit unseren Bemühungen erreicht haben, um so ernster und bedenklicher erscheint mir die ganze Sachlage.

Um eine Wiederherstellung der vollen Erwerbsfähigkeit und — was mindestens ebenso wichtig ist — der Lebenstüchtigkeit zu erreichen, dazu sind die Ersatzmöglichkeiten zu beschränkt; vor allen Dingen aber hindert uns an einem wirklichen Erreichen dessen, was wir wollen, das, was

ich vorhin als die dritte Vorbedingung für den Erfolg bezeichnete: Es dürften sich keine Spätfolgen zeigen, und es dürften keine allgemeinen Störungen zu den lokalisierten Ausfallserscheinungen hinzukommen.

Die Spätfolgen sind leider nicht ausgeblieben. Spätfolgen in Form von traumatischer Neurose, Epilepsie und Spätabszessen. Ich möchte das Wort traumatische Neurose hier nicht gebrauchen, um damit einen Zankapfel zwischen die Anwesenden zu werfen, in der Hoffnung, daß er aufgenommen und zum Gegenstand einer lebhaften Erörterung gemacht werde. Dazu ist heute nicht die gegebene Gelegenheit. Wir wollen uns für den Augenblick darüber einigen, dazu alle die Fälle zu rechnen, bei denen sich ein Symptomenkomplex entwickelt, der bald vorwiegend neurasthenische, bald hauptsächlich hysterische Züge zeigt, oft genug auch beide vereinigt, und bei dem wir organische Schädigungen als unmittelbare Ursache der Symptome ausschließen können. Ich sage ausdrücklich, als Ursache der Symptome, denn wir finden die ganze Reihe der wohlbekannten Erscheinungen der traumatischen Neurose ebenso gut ohne äußere Verletzung, nur nach Schreck, Aufregung, wie nach Schädelschüssen, nach stumpfer Gewalteinwirkung auf den Schädel und nach allen anderen Verletzungen. Es ist zweifellos sogar eine Überraschung für uns gewesen, wie oft sich neben den anatomisch bedingten psychogene[3]) Störungen finden. Zittern, Tiks, Krämpfe, hysterische Anfälle, Stummheit, Blindheit, Lähmungen, Spasmen, Schmerzen und allgemeine Klagen vermischen sich bei den Schädelverletzten mit den Ausfallserscheinungen, die durch Zerstörungen bestimmter Hirnteile bedingt sind, und erschweren die Diagnose. Schließlich ist es aber doch meist möglich, die rein funktionelle Genese der anderen Symptome zu erkennen.

Wie Sie sehen, stehe ich auf dem Standpunkt, daß alle nicht anatomisch greifbaren und — nach Art und Entwicklung,

[3]) Das Wort psychogen soll an dieser Stelle nur den Gegensatz zu allem bedeuten, was auf organischen Veränderungen beruht.

oft auch nach dem Grade der Beeinflußbarkeit durch psychische Behandlung — nicht als Ausdruck organischer Veränderungen aufzufassenden Symptome zur traumatischen Neurose gehören. Ich muß allerdings zugeben, daß mir im Laufe des Krieges manchmal das Bedenken gekommen ist, ob nicht doch häufiger, als wir bisher geglaubt haben, organische Schädigungen einzelnen dieser Symptome zugrunde liegen.[4]) Diese würden dann anders zu deuten sein, an der Beurteilung des ganzen Krankheitszustandes wird durch solche Beobachtungen nichts geändert. Höchstens daß die vielen Ärzte und Behörden, die geneigt sind, in jedem Umfallsneurotiker einen Rentenjäger oder energielosen Schwächling zu erblicken, doch wohl ihre Vorurteile aufgeben werden. Angesichts typischer Unfallsneurosen bei Soldaten, deren Rente ohnehin schon wegen einer sonstigen schweren Verstümmelung dauernd gesichert ist, oder für deren Vermögenslage die zu erwartende Rente keine Rolle spielen kann, bei Verwundeten, deren Tapferkeit im Felde jeden Verdacht der Schlaffheit und Feigheit ausschließt, angesichts von Fällen, bei denen das psychische Trauma gerade darin besteht, daß die Geschädigten infolge der Verletzungen nicht mehr ins Feld zurückkehren können, ist ja ohnehin diese Auffassung geradezu beschämend; sie wird auch dadurch nicht berechtigt, daß wir gelegentlich einmal einen Fall erleben, bei dem wir Begehrungsvorstellungen oder Angst vor der Rückkehr ins Feld als Ursache der Erkrankung vermuten — nicht beweisen — können.

[4]) Ich habe bei zwei Fällen, in denen ich früher traumatische Neurose diagnostiziert hatte, und die mir im letzten Jahre nochmals zur Feststellung der jetzigen Erwerbsfähigkeit zugeschickt wurden, alte Schädelfrakturen gefunden; ich hatte auch bei der ersten Untersuchung danach gefahndet — ich habe mich da durchaus keiner Unachtsamkeit zu zeihen —; ich habe aber inzwischen gelernt, aus dem Röntgenbild manches zu lesen, was ich damals noch nicht sehen konnte, und was auch die Röntgenologen, die wir stets zuzuziehen pflegen, damals noch nicht herauslesen konnten. In einem weiteren Falle war auf dem ersten, anscheinend sehr guten Bilde nichts zu finden; eine zweite Aufnahme zeigte unverkennbar einen hochgradigen Splitterbruch des ganzen Schädeldachs. Solche Erfahrungen mahnen uns, in der Beurteilung der Schwere des Unfalls vorsichtig zu sein, auch wenn, wie in diesen Fällen, die unmittelbar nach dem Unfall beobachteten Erscheinungen sehr harmlos waren.

Die traumatische Neurose ist eine eigenartige psychische Reaktion auf das Erlebnis des Unfalls und seiner Folgen. Dabei ist es unwesentlich, wie schwer objektiv der Unfall war, und ob sich neben den psychischen Symptomen auch Zeichen organischer Natur finden, gleichgültig, ob die Symptome sofort oder erst später zur Ausbildung kommen, gleichgültig auch, ob das Verlangen nach Rente (natürlich nicht bewußte Übertreibung oder Vortäuschung) oder eine nervöse Angst vor dem Wiedererleben der Kriegsschrecknisse, die Erinnerung an die Verletzung oder die Sorgen um die Zukunft die Erkrankung hervorrufen.

Daß sich durch Schädelverletzungen leicht neurotische Störungen entwickeln können, ist — auch abgesehen von der Möglichkeit einer Allgemeinschädigung des Gehirns — bei der Schwere der unmittelbaren Folgen, dem langsamen Ausgleich, dem dauernden Eindruck der nicht zu beseitigenden Ausfallserscheinungen, dem langen Lazarettaufenthalt mit allen damit verknüpften Schattenseiten nicht zu verwundern. Es ist eher auffällig, daß die psychisch-nervösen Symptome, soweit ich sehen konnte, gerade bei Kopfverletzten seltener zu beobachten sind, als bei anderen Arten von Verletzungen. Vielleicht hat die affektive Stumpfheit (S. 71), so bedauerlich sie sonst ist, wenigstens den einen Vorzug, daß die Kranken sich ihrer Defekte und ihrer Leistungsunfähigkeit nicht so klar bewußt werden und dadurch vor Grübeleien bewahrt sind.

Die Gefahr der Unfallsneurose besteht für jede Verletzung, nicht aber die der anderen Spätfolge nach Schädelverletzungen, der Epilepsie. Darauf waren wir gefaßt. Es ist heute wohl noch nicht möglich, zu übersehen, unter welchen Umständen es nach Hirnschüssen und nach stumpfer Gewalteinwirkung auf den Schädel und wie oft zur Ausbildung epileptischer Erscheinungen kommt. Wenn mich mein Eindruck nicht trügt — mehr als ein Eindruck kann es vorerst nicht sein —, so muß ich sagen: Die Spätepilepsie ist häufiger bei Fällen, die nicht oder nicht ausreichend operiert worden sind, als bei solchen, die gleich nach der Verwundung gründlich chirur-

gisch versorgt worden waren. Ich glaube, dabei wirken zweierlei Ursachen mit: Einmal die Beseitigung der Fremdkörper. Sie können unmittelbar und mittelbar durch Druck auf die motorischen Regionen kortikale und bei langem Bestehen auch allgemeine Krämpfe hervorrufen. Sie werden aber auch durch die reaktiven Vorgänge, die sich rings um die zurückgebliebenen Verunreinigungen abspielen, der Mittelpunkt von Abszessen und Zysten und dadurch zum Ausgangspunkt eines Dauerreizes, der sich in epileptischen Anfällen entladen kann. Auch die nichtentzündlichen Einschmelzungen der Hirnsubstanz, die infolge der früher besprochenen Drucknekrosen zustande kommen, führen zu Zystenbildung und damit gelegentlich zu Epilepsie.

Ich möchte hier eine Beobachtung einflechten, die ich Preysing verdanke. Beim Herausholen von Knochensplittern und Fremdkörpern kann durch das Loslösen von Verwachsungen unter Umständen für den Spätoperierten mehr Unheil angerichtet werden, als beim Liegenlassen zu befürchten ist. Die Erfahrung hat nun gelehrt, daß mancher Fremdkörper, der nicht ganz zu tief sitzt, allmählich noch nach langer Zeit aus dem Gehirn — wodurch ist unbekannt — herausgedrängt, „geboren" wird, wie Preysing den Vorgang zu nennen pflegt. Diese Selbsthilfe des Gehirns befreit es ganz langsam und ohne jede Gefährdung durch Verletzung der Dura oder Meningen von den Eindringlingen, um so leichter, je breiter die Schädelöffnung ist.

Die breite Eröffnung des Schädels hat neben der Beseitigung der Fremdkörper noch einen anderen günstigen Einfluß. Sie entlastet das Gehirn. Ich will damit nicht etwa behaupten, daß eine Drucksteigerung innerhalb des Schädels die unerläßliche Begleiterscheinung oder gar die Voraussetzung epileptischer Anfälle ist. Das anzunehmen, verbietet schon die Erfahrung, daß auch Kranke, die in einer großen, nicht durch Plastik oder spontan geheilten Knochenlücke ein ausreichend großes Ventil gegen vorübergehende oder dauernde Erhöhung des Druckes besitzen, von epileptischen Anfällen nicht verschont bleiben.

Indessen erweist sich bei anderen Fällen zuweilen die Herstellung eines Ventils so erfolgreich, daß man schon um dieser

Möglichkeit willen die möglichst frühzeitige Freilegung der verletzten Stelle befürworten darf. Sie gestattet gleichzeitig, wenn der lokale Schaden nach Möglichkeit beseitigt ist, einer Verwachsung der Dura mit dem Gehirn und dem Knochen fast stets vorzubeugen; das ist sehr wichtig, denn auch durch Reizzustände der Hirnhäute kommt es häufig zu epileptischen Anfällen.

Die Formen, in denen sich die Epilepsie zeigen kann, sind so mannigfaltig, die Erscheinungen so verschieden schwer, daß man darin nur den Ausdruck einer epileptoiden Reaktion des Gehirns auf einen — häufig unbekannten — Reiz erblicken und nicht ohne weiteres aus dem Auftreten eines epileptischen Krampfes oder eines sonstigen epileptoiden Symptoms den Schluß ziehen darf, daß nunmehr die Krankheit Epilepsie entstanden ist, die — ohne operative Beseitigung der Ursache — bestehen bleibt oder sogar fortschreitet.

Läßt der Reiz nach, etwa bei spontaner Lösung einer Verwachsung, Abklingen einer vorübergehenden kongestiven Schwellung einer Narbe oder der Umgebung einer Zyste, oder dadurch, daß ein störender Fremdkörper aus dem Gehirn herausgedrängt und an einer ungefährlicheren Stelle abgelagert worden ist, so können die epileptischen Erscheinungen schwinden. Leider aber ist dieser günstige Ausgang eine Ausnahme.

Das zu solchen pathologischen Reaktionen geneigte Gehirn ist unendlich häufiger den Anforderungen des Lebens — auf die Bedeutung körperlicher und geistiger Anstrengungen komme ich noch zurück (S. 59) — und sonstigen Schädigungen, z. B. dem Alkoholgenuß, nicht gewachsen, die Anfälle werden immer häufiger, und wir finden dann schließlich das ausgeprägte Bild der Epilepsie mit all ihren Gefahren und Schrecken. Deshalb wird man sich stets bei dem ersten Auftreten epileptiformer Symptome, auch wenn es sich dabei nur um ganz leichte Abwesenheitszustände von sekundenlanger Dauer handelt, des Ernstes der Sachlage bewußt werden und alles aufbieten müssen, um dem Kranken zu helfen.

Das sicherste Mittel ist die Entfernung der Ursache, und wir müssen deshalb zur Frage nach der Zweckmäßigkeit operativer Eingriffe bei posttraumatischer Epilepsie hier Stellung nehmen. Die Meinungen, unter welchen Voraussetzungen und wie lange Zeit nach dem Auftreten der Krämpfe eine Operation noch Aussicht auf Erfolg hat, gehen recht weit auseinander. Unsere Kriegserfahrungen sind noch zu gering und zu frisch, um uns belehren zu können. Und unsere Erfahrungen aus der Friedenszeit? Ich muß gestehen, ich bin etwas skeptisch gegenüber den von chirurgischer Seite berichteten Erfolgen, und ich irre mich wohl nicht, wenn ich annehme, daß ganz allgemein meine Fachgenossen auf dem gleichen Standpunkt stehen.

Die Ursache der Verschiedenheit in der Beurteilung ist die weitere Ausdehnung dessen, was wir Nervenärzte unter Epilepsie verstehen. Wir sehen eben Tag für Tag Epileptiker, die niemals Krämpfe gehabt haben, und die deshalb auch kaum je zu dem Chirurgen kommen. Was uns berechtigt, alle die verschiedenartigen Formen von kurzdauerndem Schwarzwerden vor den Augen an bis zu den wochenlangen psychischen Ausnahmezuständen der Epilepsie zuzurechnen, ist unter anderm die Erfahrung, daß diese Erscheinungen sich mehr oder weniger ausgeprägt auch fast bei jedem Krampfkranken finden, und daß wir alle möglichen Übergänge und Kombinationen zwischen den einzelnen Formen beobachten können.

Wenn der Chirurg den Krampfanfall beseitigt hat — vorausgesetzt, daß ihm das überhaupt gelingt —, so ist er zufrieden. Für uns besteht die Erkrankung, selbst wenn die Krämpfe aufhören, solange weiter, als nicht gleichzeitig auch die Anfälle von Schwindel, flüchtiger Bewußtseinstrübung, Dämmerzustände, kurz alles, was wir epileptische Äquivalente nennen, schwinden. Diese Symptome der Epilepsie sind hartnäckiger als die Krampfanfälle und nicht selten für den Kranken lästiger, weil ein Krampfanfall den Körper und Geist gründlicher und für längere Zeit von dem Gefühl innerer Spannung zu entlasten scheint, als die kleinen Anfälle. Auch in

Fällen, in denen nach der Operation keine Krämpfe mehr auftreten, bleibt oft die charakteristische epileptische Entartung der psychischen Persönlichkeit unverändert, oder sie schreitet sogar fort, ebenso wie die Äquivalente bleiben können, und eine allmähliche Verblödung sich entwickeln kann. Dann müssen wir uns doch eingestehen, daß die Operation nur eine der Formen beseitigt hat, durch die sich der Krankheitsprozeß kundgegeben hat, dieser selbst aber fortbesteht und weiter um sich greift. Dafür kann der Chirurg nichts, aber er wird es deshalb dem Nervenarzte auch nicht verübeln können, daß dieser von der chirurgischen Behandlung nicht so begeistert ist wie er.

Die Verhältnisse liegen allerdings jetzt insofern anders wie in Friedenszeiten, als weitaus die meisten Fälle, in denen eine Operation in Betracht kommt, auf frischeren Verletzungen und deren Folgen beruhen. Je früher eingegriffen wird, um so größer ist die Aussicht, dem endgültigen Einwurzeln der Neigung des Gehirns vorzubeugen, auf Reizungen aller Art mit epileptischen Anfällen zu antworten. Und so werden wir trotz aller Bedenken gegen die von chirurgischer Seite gepriesenen Erfolge bei frischen Fällen nicht lange zögern; ich halte mich aber auch für berechtigt und verpflichtet, selbst in späteren Stadien überall da, wo ein greifbarer Anhaltspunkt für das Vorhandensein einer lokalen Reizung zu finden ist, einen operativen Eingriff zu empfehlen.

Bei der Höhe der hirnchirurgischen Technik bedeutet der Eingriff keine nennenswerte Gefahr, jedenfalls keine, die im Verhältnis zu dem steht, was vielleicht erreicht werden kann. Man darf sich nicht mit der Hoffnung zufrieden geben, daß die Epilepsie ausbleiben wird, wenn schon eine lange Zeit seit der Verletzung ohne bedrohliche Anzeichen verstrichen ist. Dafür sehen wir zu häufig, daß noch nach Jahren epileptische Anfälle auftreten, als deren einzige Ursache eine Schädelverletzung anzusehen ist, eine Annahme, deren Richtigkeit gelegentlich durch den Erfolg einer Operation bewiesen wird.

Das Kapitel Epilepsie ist voller Rätsel; manches mag wohl durch die Erfahrung gelöst werden. Aber es ist traurig, daß

wir mit solchen Erfahrungen als mit einer Alltagserscheinung rechnen müssen. In den ersten Monaten, ja ich möchte fast sagen, in dem ersten Kriegsjahr, blieben unsere Kranken im allgemeinen von schweren epileptischen Anfällen verschont. Aber allmählich häuften sich die Fälle von Spätepilepsie; und immer klarer zeigt sich, daß sie gerade dann zu befürchten ist, wenn der scheinbar Geheilte im Gefühl seiner Gesundheit sich wieder mit ganzer Kraft in seinem Beruf zu betätigen, die früheren Lebensgewohnheiten wieder aufzunehmen versucht (vergl. dazu S. 62).

Wir dürfen uns nicht verhehlen: Die Möglichkeit der späteren Entwicklung epileptischer und epileptoider Zustände schwebt wie eine dunkle Wolke über dem Geschick aller Schädelverletzten.

Die schwersten Fälle von Verunreinigungen des Gehirns durch Geschosse und Fremdkörper gehen schon vor der Überführung in die Heimat oder gleich danach an Entzündungen der Hirnhaut und des Gehirns zugrunde. Deshalb sind wir aber selbst nach langer Zeit noch nicht vor solchen Komplikationen gesichert, selbst wenn keinerlei Anzeichen für das Vorhandensein eines Hirnabszesses spricht. Vielleicht erlaubt uns die Lumbalpunktion, die von Tilmann und Bungart zu diagnostischen Zwecken aufs wärmste empfohlen wird, durch die Drucksteigerung und den Eiweißgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit zu erkennen, ob noch entzündliche Vorgänge im Gehirn bestehen, die — sonst symptomlos — eines Tages plötzlich die Heilung unterbrechen und das Leben eines anscheinend völlig Geheilten gefährden. Es handelt sich dabei wohl meist um ein langsames Einschmelzen der Umgebung eines Abszesses, der in dem Augenblick eine allgemeine Entzündung hervorruft, in dem er in einen Ventrikel durchbricht, die Meningen erreicht; oder wohl seltener darum, daß durch Arrosion eines Gefäßes eine umfangreiche Blutung entsteht, oder daß Infektionskeime verschleppt werden. Es ist überraschend, daß wir solchen Er-

eignissen nicht weit häufiger begegnen, wenn man bedenkt, wie oft Verunreinigungen im Gehirn zurückbleiben. Aber auch die wenigen Fälle von Spätabszessen, über die bisher berichtet worden ist, müssen uns dringend davor warnen, allzufrüh dem scheinbar Genesenen größere Anstrengungen zuzumuten.

X.

Neben den Spätfolgen, die wir jetzt schon sehen, und denen, die wir noch befürchten müssen, spielen für die soziale Tauglichkeit die Allgemeinstörungen eine ungeheure Rolle. Ich sehe dabei von den neurotischen Erscheinungen, die bereits gewürdigt worden sind, ab; wenn ich sie hier nochmals erwähne, so geschieht das nur, um in Erinnerung zu bringen, daß sie überaus häufig neben den organischen bestehen. Das ist diagnostisch und prognostisch wichtig; man kann sich allerdings nicht verhehlen, daß es bei vielen Allgemeinstörungen schwierig, bei manchen ganz unmöglich ist, die psychogenen Beschwerden und Symptome mit Sicherheit von den organischen zu trennen.

Ein großer Teil der Kopfverletzten zeigt Klopf- und Druckempfindlichkeit des Schädels. Die Überempfindlichkeit ist meist auf die Gegend der Verletzung beschränkt und gibt dadurch oft wertvolle Anhaltspunkte für das Eingreifen. Im Röntgenbild finden sich dann Sprünge, Zersplitterungen, Rarefikationen, Verdickungen oder Depressionen des Knochens; dunkle Schatten (im Negativ), die auf Veränderungen unterhalb des Knochens hinweisen; oft aber auch gar nichts. Die Schmerzhaftigkeit solcher Schädelstellen oder des ganzen Schädels verhindert zuweilen das Tragen schwerer Kopfbedeckungen, besonders des Helmes.

Fast stets, besonders in den ersten Monaten, klagen die Kranken über Kopfschmerzen, auf einen Teil des Kopfes beschränkt oder ihn ganz einnehmend. Sie sind nicht immer sehr stark, und doch leiden die meisten Kopfverletzten unter dem Kopfdruck ganz außerordentlich, weil sie ihn nie los werden, nie einen ganz freien Kopf haben. Häufig genug aber sind die Kopfschmerzen überaus heftig und quälend.

Verschlimmert werden die Schmerzen durch Anstrengungen, bald durch körperliche, bald durch geistige oder durch beides, durch Bücken, durch Alkohol, durch Aufregungen (letzteres auch bei Kranken, die sonst frei von jeder Überempfindlichkeit und Nervosität sind), durch Hitze, schwüles Wetter und bei Tiefstand des Barometers. Jedenfalls ist der Kopfschmerz auch in der leichtesten Form der Eingenommenheit des Kopfes wegen seiner Hartnäckigkeit eins der subjektiv lästigsten Symptome.

Mir scheint, daß ein großer Teil der Verschlimmerungen durch äußere Ursachen im Zusammenhang steht mit einer Erscheinung, die ich kaum bei einem Schädelverletzten vermißt habe, mit einer kongestiven Neigung. Ein etwas verschwommener Ausdruck; gewiß. Aber er soll auch nur die Tatsache kennzeichnen, daß fast alle Leute mit schweren Schädelverletzungen, auch nach stumpfer Gewalteinwirkung, zu Kongestionen neigen, die sehr beschwerlich sind und zuweilen geradezu gefährlich werden können. Jeder Lagewechsel kann sie hervorrufen. Wenn die Kranken sich aus liegender Stellung schnell aufrichten, etwa um untersucht zu werden oder beim Aufstehen morgens aus dem Bett, so stehen sie einen Augenblick ganz benommen und schwindlig da und müssen sich festhalten, um nicht hinzufallen. Man veranlaßt sie, sich 15 Sekunden zu bücken; sofort zeigt sich die gleiche Erscheinung. Gleichzeitig rötet sich das Gesicht, die Gefäße der Bindehäute sind stark gefüllt; oft tritt ein sonst nicht vorhandener Nystagmus auf. Man wird guttun, den Kranken nicht allzusehr auf diesen Symptomenkomplex aufmerksam zu machen, dessen er sich ohnehin in den meisten Fällen allzu deutlich bewußt wird.

Ich vermeide deshalb gerne, systematisch daraufhin zu prüfen, sondern mache es in der Regel so: Ich lasse während der Unterhaltung ein Blatt Papier oder einen Bleistift fallen; diensteifrig bückt sich der Mann und hebt das Gefallene auf. Beim Aufrichten sieht man meist sofort neben der kongestiven Rötung des Gesichts ein eigentümliches Schwanken oder Taumeln. Das ist nicht in jedem Fall gleich schlimm, aber Andeutungen der Erscheinung wird man kaum vermissen.

Wie bedenklich diese Kongestivität mit ihren Folgen für alle die ist, die körperlich arbeiten und sich dabei häufig bücken müssen, bedarf kaum einer Erwähnung. Sehr oft vertragen die Kranken das Eisenbahnfahren, das Reiten und jede sonstige schüttelnde Bewegung schlecht, während das Fliegen merkwürdigerweise wenig Einfluß zu haben scheint.

Neben der erhöhten Kongestivität sind auch noch andere Erscheinungen am Zirkulationsapparat zu beobachten. Starkes vasomotorisches Nachröten bis zur Bildung dicker Quaddeln beim Bestreichen der Haut, lokalisierte ödematöse Schwellungen, Zyanose der Extremitäten, Hyperhidrose des ganzen Körpers oder einzelner Teile, vor allem aber auch Störungen der Herztätigkeit. Einer meiner Assistenten, Dr. Edel, hat an 43 Kopfschußverletzten 33 mal Anomalien in der verschiedenartigsten Form und Ausprägung festgestellt: starke systolische Geräusche, Verlagerung des Spitzenstoßes nach außen, Beschleunigung und Unregelmäßigkeit des Pulses oder niedrigen, nur ausnahmsweise erhöhten Blutdruck. Sehr merkwürdig war nun, daß sich bei der orthodiagraphischen Untersuchung in keinem Falle eine Vergrößerung des Herzens nachweisen ließ. Subjektiv entsprach den Symptomen ein schnell auftretendes Gefühl der Beklemmung und Atemnot bei Treppensteigen, oft auch schon nach ganz geringen körperlichen Anstrengungen und bei Aufregungen. Auch dieses, aus dem Befunde am Herzen erklärbare und wohl berechtigte unangenehme Gefühl ist für die Berufsausübung ein nicht zu unterschätzendes Hemmnis.

Es ist schon früher von Weber und anderen nachgewiesen worden, daß nach Hirnerschütterungen Unregelmäßigkeiten des Zirkulationssystems auftreten. Worauf sie beruhen, ist noch unbekannt. Ich halte es vorerst für unbewiesen, daß sie die Folge einer Schädigung des vasomotorischen Zentrums sind, das in der Nähe der Zentralwindungen vermutet wird. Auf alle Fälle verdient der Symptomenkomplex der kongestiven Diathese weiteres Forschen.

Ich habe schon erwähnt, daß viele Kopfverletzte bei plötzlichem Lagewechsel Schwindelerscheinungen bis zum Hinfallen bekommen. Da sie auch ohne äußeren Anlaß auftreten, habe ich mich oft gefragt: sind das nicht schon die ersten Anzeichen der kommenden Epilepsie? Zu dieser Frage veranlaßt mich vor allem die wohl so gut wie nie fehlende außerordentliche Intoleranz gegen Alkohol. Wer das Unglück hat — so muß ich es wirklich bezeichnen —, häufiger kriegsgerichtliche Gutachten machen zu müssen, wird mir recht geben, daß die schwersten Ausschreitungen von Hirnverletzten nicht etwa nach dem Genuß großer Mengen Alkohols begangen werden, sondern oft schon nach zwei, drei Glas Bier; der Alkohol bringt offenbar das geschädigte Gehirn sofort aus dem Gleichgewicht.

Die pathologische Wirkung des Alkohols auch nach kleinen Mengen zeigt sich zuweilen in milder Form; die Kranken werden nur schnell stumpf, weinerlich, schläfrig, unbesinnlich. Weit schlimmer ist das Auftreten von Erregungszuständen (S. 73) und die Auslösung von typisch epileptischen Krämpfen oder von Dämmerzuständen aller Art. Es liegt bei dieser gleichen Reaktion auf Alkohol bei Epilepsie und Kopfverletzten sehr nahe, zumal wenn wir berücksichtigen, wie oft nach Schädeltraumen echte Epilepsie auftritt, auch schon in der Neigung zu Schwindelanfällen, besonders in den spontan sich zeigenden, ein epileptoides Symptom zu erblicken. Ich glaube es mit Bestimmtheit. Man kann sich nicht darüber täuschen, was das zu bedeuten hat, wenn wirklich alle oder auch nur viele der zahlreichen Anfälle von Schwindel, von schnell vorübergehender Benommenheit, von plötzlicher motivloser Verstimmung und Angst die ersten Anzeichen des drohenden Unheils sind. Aber diese pessimistische Auffassung hat auch ihr Gutes. Sie zwingt uns zu äußerster Vorsicht; nicht nur dem Alkohol gegenüber, sondern auch bei dem Versuche des Kranken, die altgewohnte Berufstätigkeit wieder aufzunehmen (vergl. dazu besonders die Ausführungen und Beispiele S. 62). Die Zukunft wird lehren, ob diese Befürchtung berechtigt ist.

Ist meine Befürchtung irrig, so wird dadurch nur die klinische Bewertung der Schwindelanfälle ge-

ändert, nicht aber die Tatsache beseitigt, daß wohl fast ganz ohne Ausnahme die Kopfverletzten alkoholintolerant sind. Trinken sie stärker, so kommt es zu typischer Alkoholepilepsie, d. h. zu epileptischen Anfällen, die verschwinden, sobald der Kranke längere Zeit abstinent lebt, wiederkehren, wenn er rückfällig wird, und schon durch einmaliges stärkeres Trinken sich in Gestalt schwerster Dämmerzustände entladen können. Da aber auch ganz mäßiger Alkoholgenuß schon die vorher erwähnten Folgen nach sich zieht, und man niemals voraussagen kann, wie ein Kopfverletzter auf den Alkohol reagiert, so muß von vornherein jedem dieser Hirngeschädigten der Alkohol unbedingt völlig verboten werden. Geradezu sträflich erscheint es mir, daß solchen Kranken in den Lazaretten gelegentlich Wein zur Stärkung oder gedankenlos als tägliches Genußmittel verabreicht wird. Ich möchte — soweit es die Schädelschüsse betrifft — wünschen, daß wir uns mit den bisherigen üblen Erfahrungen begnügen und nicht noch lange darauf warten müssen, bis auch dem verbohrtesten Verteidiger der Harmlosigkeit kleiner Alkoholgaben die Bedeutung der Alkoholintoleranz klar wird.

Die Klagen mancher Kranken über schlechten Schlaf erweisen sich bei regelmäßiger Überwachung als wohlbegründet. Damit ist aber nicht gesagt, daß die Klage unbegründet ist, wenn die objektiv festgestellte Schlafdauer ausreichen müßte. Es kommt nicht allein auf die Dauer des Schlafs an; die Erholung leidet auch dann Not, wenn der Schlaf sehr oberflächlich ist, und wenn er durch wirres, ängstliches Träumen andauernd gestört wird. Ich habe übrigens nicht den Eindruck, als ob diese Angstträume, deren Inhalt sich vielfach auf die Kriegserlebnisse bezieht, bei Kopfverletzten nennenswert häufiger wären als bei anderen Kriegsbeschädigten.

Auf die Schlafstörung führen zuweilen die Kopfverletzten das Gefühl der Mattigkeit, der Hinfälligkeit, des schnellen Ermüdens bei jeder Tätigkeit zurück. Das ist sicher nur zum Teil berechtigt, denn wir begegnen auch bei solchen Kranken, die wirklich gut und ausgiebig schlafen, den gleichen Klagen. Die Zahl derer, die sich ihrer geringen

Leistungsfähigkeit in vollem Umfange bewußt sind, ist allerdings nicht groß. Man kann ruhig behaupten, daß die meisten keine Ahnung davon haben, wie groß die wirkliche Einbuße an Ausdauer ist, und man muß hinzufügen, daß sich auch der Arzt darüber leicht täuscht. Nur ausnahmsweise ist die Erschöpfbarkeit so erheblich, daß der Kranke schon im Verlaufe einer kurzen einfachen Unterhaltung dem Gespräche nicht mehr zu folgen vermag. Setzt man aber die Unterhaltung, besonders über Dinge, die angestrengteres Aufpassen und Nachdenken erfordern, längere Zeit fort, so erlahmt fast jeder; er faßt die Fragen nicht mehr so schnell auf, man merkt, daß ihn das Nachdenken mehr anstrengt, er wird zerstreut, findet die Gedanken und die Worte nicht so schnell. Doch spielt dabei das Interesse an dem, was gesprochen wird, eine sehr große Rolle. Einen vollen Einblick gestattet nur die Beobachtung einer lange fortgesetzten Tätigkeit und das Experiment.

Zwei Bedenken werden zuweilen gegen die Verwertung des Experimentes zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit geltend gemacht. Das erste ist die Frage, ob derartige Laboratoriumsversuche überhaupt einen Einblick in den Verlauf der Arbeitskurve im Leben gestatten. Diese Frage muß ich unbedingt bejahen. Gewiß steht die Arbeit im Leben unter etwas anderen Bedingungen. Besonderes Interesse, eingeschobene kurze Ruhepausen, das Beispiel der Mitarbeitenden, die Entlohnung sind nicht zu unterschätzende Einwirkungen. Aber die langjährige Erfahrung hat gezeigt, daß trotz aller Beeinflussung durch äußere oder innere Vorgänge die Ergebnisse zuverlässiger Experimente grundsätzlich mit dem übereinstimmen, was unsere Beobachtungen am Krankenbett und im Leben uns zeigen. Der Versuch hat nur den Vorzug größerer Genauigkeit und deckt zuweilen Störungen auf, die wir sonst vielleicht übersehen oder nicht ausreichend bewertet hätten.

Das zweite Bedenken beruht auf dem Mißtrauen gegen die Gutwilligkeit des Untersuchten. Auch in dieser Beziehung hat uns die Erfahrung beruhigt. Bewußte Täuschung ist ohne Schwierigkeit zu erkennen, da der Verlauf

der Arbeitskurve dem zu Untersuchenden unbekannt und — sogar wenn er ihm bekannt wäre — nicht gut nachzuahmen ist. Außerdem aber dürfen wir mit der Tatsache rechnen, daß die Kranken durchweg in den Versuchen den Ausdruck besonderer Anteilnahme an ihrem Geschick und ihren Beschwerden erblicken und sich oft geradezu dazu drängen, auch dann, wenn ihnen der Zweck unbekannt ist.

Die Gefahr ernstester Schädigungen durch Überanstrengung macht es unmöglich, zur Feststellung des Grades der Ermüdbarkeit Methoden anzuwenden, die den zu Untersuchenden zwingen, seine Körperkräfte bis zum Äußersten anzuspannen. Außerdem aber gibt die Messung der Höchstleistung ein falsches Bild dessen, was uns interessiert. Auch ein schwächlicher, schnell erschöpfbarer Mensch kann unter besonderen Umständen einmal für kurze Zeit zu einer außergewöhnlichen Kraftentwicklung gebracht werden. Wir sind aber nicht berechtigt, daraus zu schließen, daß der Untersuchte auch der stundenlangen, gleichmäßigen Arbeit des täglichen Lebens gewachsen ist. Wir müssen uns deshalb zur Untersuchung der Ermüdbarkeit einer anderen Methode bedienen, die sich den Anforderungen des Alltags anpaßt.

Ich bediene mich zur Messung der Ermüdbarkeit im allgemeinen der Kraepelinschen Additionsmethode. Ich lasse die Kranken vier, noch besser fünf Tage hintereinander eine halbe Stunde einstellige Zahlen addieren; am zweiten und vierten Tage mit je einer Pause von fünf Minuten nach je zehn Minuten. Der große Vorteil bei dieser Methode liegt in der Einfachheit der Aufgabe, die schließlich wohl jeder, auch der wenig Intelligente, zu erledigen vermag, in ihrer Gleichmäßigkeit und darin, daß der Maßstab der Leistungsfähigkeit für jeden Untersuchten in seiner Arbeit selbst gewonnen wird. Wir vergleichen nicht die absoluten Werte; sie wechseln zu sehr nach Intelligenz, Übung, Gewohnheit; sondern wir bemessen die Erschöpfbarkeit durch den Vergleich dessen, was bei dem pauselosen und was bei dem durch Ruhepausen unterbrochenen Arbeiten geleistet wird.

Die Art und Weise, in der sich die Ermüdbarkeit zeigt, die größere oder geringere Schnelligkeit, mit der sie sich entwickelt, ist eine so charakteristische Eigenart der ganzen psychischen Persönlichkeit, eine so grundsätzliche Eigenschaft, daß wir berechtigt sind, die Ergebnisse eines derartigen Versuchs — mutatis mutandis — auf alle anderen Arbeitsarten, auch auf körperliche, zu übertragen. Es ist klar, daß ein Mensch, der schon bei einfachen Aufgaben in kurzer Zeit versagt, im Kampf ums Dasein unter allen Umständen ins Hintertreffen geraten muß. Und dieses Schicksal steht einem großen Teil der Hirnverletzten bevor. Die Erschöpfbarkeit ist nicht selten so groß, daß manche nicht einmal die halbe Stunde pausenlos durcharbeiten können. Wenn sich das schon beim Rechnen zeigt, so erst recht bei allen schwierigeren Anforderungen. Allerdings wirken dabei auch noch andere Störungen mit, wie die Erschwerung der Auffassung, Erregbarkeit, erhöhte Ablenkbarkeit, schnelles Vergessen. Doch bedarf es nicht solcher Erschwerungen; schon bei der einfachen Verrichtung einer für den Vollwertigen mühelosen Tätigkeit sinkt die Leistungsfähigkeit frühzeitig und schnell.

Die Beobachtungen an Gesunden und Kranken bestätigen die Zuverlässigkeit der Versuchsergebnisse und gestatten im Verein mit sonstigen Versuchen den Verlauf der geistigen Arbeit auch als Maßstab für die körperliche Ermüdbarkeit zu benutzen; dieser geht, wie erwähnt, der psychischen parallel mit Ausnahme der Fälle, in denen die motorischen Regionen verletzt worden sind. Seitdem ich einigemale gesehen habe, wie schnell sich Reizerscheinungen im Sinne einer Jacksonschen Epilepsie in den sonst vielleicht nur etwas in der Schnelligkeit der Bewegung gehemmten Gliedern einstellen (S. 14), bin ich sehr vorsichtig in der Empfehlung anstrengender Arbeiten geworden.

Das schnelle Nachlassen der Kräfte bei jeder körperlichen Tätigkeit findet sich aber nicht nur, wenn die vorderen Zentralwindungen betroffen sind, sondern ist ganz unabhängig vom Sitz der Verletzung. Fast alle Kopfverletzten ermüden schon bei Spaziergängen, bei Handfertigkeiten, beim Schreiben längerer Briefe, erst recht natürlich bei jeder wirklich ernst-

hafteren Kraftleistung. Und es bleibt zuweilen nicht bei dem Versagen, nicht bei lange anhaltenden Ermüdungsempfindungen. Offenbar besitzen die zur stärkeren Arbeitsleistung neu herangezogenen Gehirnteile noch keine ausreichende Widerstandsfähigkeit; sie werden im Sinne Edingers schneller „verbraucht"; vielleicht spielt auch die den neuen Verhältnissen noch nicht genügend angepaßte Zirkulation in Gehirn und Gehirnhäuten eine größere Rolle. Wie die Erklärung aber auch sein mag, die Tatsache steht fest, daß das Gehirn nach der Heilung noch lange Zeit größter Schonung bedarf.

Ein Kranker, dessen leichte spastische Parese nach kurzer Zeit völlig geschwunden war, meldete sich Monate später gegen unseren Willen ins Feld. Nach Munitionstragen trat die Parese wieder in vollster Ausbildung hervor, und es bedurfte eines längeren Zeitraums wie das erste Mal, bis sie zurücktrat.

Ein anderer bekam den ersten epileptischen Anfall, als er zum ersten Male Billard spielte, und zwar schon nach 10 Minuten; einer, als er eine kurze Strecke schnell lief, um die elektrische Bahn zu erreichen; ein weiterer Kranker wurde mir mehrere Monate nach der Heilung seiner Schußwunde im ersten epileptischen Anfall eingeliefert, als er zu einer für seine sonstige körperliche Leistungsfähigkeit sicher nicht zu anstrengenden kurzdauernden Arbeit genötigt worden war.

Es kommt ja nicht immer zu so schweren Erscheinungen; oft genug zeigt sich die Wirkung einer Überanstrengung nur in leichten, lokalisierten Zuckungen, in flüchtigen Paresen oder in schnell vorübergehenden Abwesenheitszuständen. Aber die angeführten Fälle sind zwar besonders charakteristische, aber leider nicht die einzigen Beispiele, wie leicht die Grenze des Zulässigen bei körperlicher Tätigkeit überschritten wird; wie gefährlich das werden kann, lehrt der folgende Fall.

Ein Kranker wurde uns im April 1916 in einem Status epilepticus eingeliefert. Nach der Vorgeschichte hatte der 22jährige Kriegsfreiwillige im Mai 1915 einen Stirnschuß erlitten, der operiert worden war und zwei kleine Knochenlücken hinterlassen hatte. Zuerst hatte der Kranke viel über Kopfschmerzen und Schwindel sowie über Gedächtnisschwäche geklagt, danach sich besser gefühlt. Vom September bis Ende Dezember 1915 war er fast unbeschäftigt bei einer Verwundetenkompagnie, von da ab untätig zu Hause gewesen. Drei Tage vor dem ersten Auftreten der Krämpfe hatte er zum ersten Male, aber gleich sehr angestrengt in einer Fabrik gearbeitet. Darauf waren Kopfschmerzen aufgetreten. Nach einigen Stunden setzte der erste Anfall ein, und von da an hörten mit kurzen

Unterbrechungen die Krämpfe nicht auf bis zu dem Tode, 1 1/2 Tage nach dem ersten Anfall. Während der Anfälle war an den Schädellücken sehr deutliche, in den Zwischenzeiten nur geringe Pulsation zu sehen. Der Druck des eiweißfreien Liquors betrug im Sitzen 22, im Liegen 14 mm Hg. Da demnach kein Anhaltspunkt für einen Abszeß vorlag, wurde von einer Operation Abstand genommen, die ohnehin wegen des schlechten Allgemeinbefindens wenig aussichtsreich war.

Die Autopsie ergab eine narbige Verwachsung des Gehirns und der Hirnhaut mit der äußeren Haut an den Knochenlücken von ganz geringem Umfang. Das ganze Gehirn war hochgradig hyperämisch, die Rinde geradezu bläulichrot. Auch in den übrigen Organen bestand eine allgemeine Hyperämie. Dagegen fanden sich keine Abszesse und keine Blutungen. Die alten Hirnnarben beschränkten sich auf die vordersten Pole des Stirnhirns. Keine Erkrankung der inneren Organe. Der Kranke war uns bis zur Aufnahme in die Klinik unbekannt; vielleicht hätte eine genaue Untersuchung sonst das eine oder das andere Symptom erkennen lassen Möglicherweise war der Schwindel, der anfangs bestanden hatte, der Vorbote der Epilepsie. Jedenfalls hatte nichts im Wesen und Befinden des Kranken die Umgebung auf die Gefahr aufmerksam gemacht, die ihm durch körperliches Arbeiten drohte. Drei Tage Arbeit genügten, um den Status epilepticus zu erzeugen, dessen unglücklicher Ausgang dann wohl nicht zu verhindern war.

Ich kann nicht leugnen, daß dieser Fall geradezu tragische Möglichkeiten bei allen Hirnverletzungen befürchten läßt. Ich halte es jedenfalls für meine Pflicht, nochmals mit allem Nachdruck darauf hinzuweisen, daß Schädelverletzte lange Zeit nicht sorgsam genug vor Anstrengungen behütet werden können, da wir nicht sicher wissen, von wann ab das Gehirn größeren Anforderungen schon gewachsen ist.

Wenn auch Vorsicht und größere Widerstandsfähigkeit die meisten Kranken hoffentlich vor so unglücklichen Folgen bewahren werden, so darf uns das nicht veranlassen, die Bedeutung der geringeren Leistungsfähigkeit infolge der schnellen Erschöpfung der Kräfte als unwesentlich zu betrachten. Ich glaube nicht zu übertreiben, wenn ich behaupte, daß die erhöhte Ermüdbarkeit diejenige Eigenschaft ist, durch die die Hirnverletzten im sozialen Leben wohl am leichtesten Schiffbruch erleiden werden. Das heutige Leben und sicher das Leben nach dem Krieg verlangt die Einsetzung der ganzen Kraft. Man wird sich auch bei anderen Kriegsbeschädigten bescheiden lernen und wird gerne Rücksicht auf bestimmte Ausfälle nehmen; aber es ist für den Ar-

beitsgeber wie für den Arbeitenden selbst leichter, sich der Arbeitsbehinderung durch ein verstümmeltes Glied anzupassen, als einer Arbeitsweise, die von der Vollwertigkeit oder einer nicht unbeträchtlichen Höhe in kurzer Zeit bis zu mehr oder weniger völligem Versagen sinkt. Eine geringe, aber gleichmäßige Arbeitsleistung ist brauchbarer als die Unzuverlässigkeit des Erschöpfbaren.

Nächst dieser Allgemeinstörung ist für den Hirnverletzten die Beeinträchtigung der Merkfähigkeit am störendsten. Es ist mir immer aufgefallen, wie scharf den Kranken die Art der Ausfallserscheinungen auf dem Gebiete des Gedächtnisses zum Bewußtsein kommt. Alle klagen, daß sie so vergeßlich seien, aber fast alle heben gleichzeitig hervor, daß die Erinnerung für die Vergangenheit nicht oder nicht erheblich gelitten hätte. (Ich sehe hier von den früher besprochenen Fällen ab, bei denen die Zerstörung bestimmter Hirnteile eine dort lokalisierte Form der Erinnerungsbilder vernichtet hat.) Schon bei der einfachen Unterhaltung zeigen sich die Kranken — vorausgesetzt, daß man es mit intelligenten Menschen von früher gutem Gedächtnis zu tun hat — über alle Ereignisse der Vergangenheit wohlunterrichtet. Vielleicht, daß auch das allgemeine Gedächtnis etwas gelitten hat; wenigstens klagen manche auch darüber, daß sie sich nicht so schnell alles ins Gedächtnis zurückrufen könnten wie früher. Besonders das Erinnerungsvermögen für Sprachen, Namen und Zahlen scheint mir häufiger beeinträchtigt, auch wenn nach der Art der Verletzung kein aphasischer Ausfall zu erwarten ist. Da wir aber meist nicht wissen, wie das Gedächtnis früher war, so fehlen in der Regel objektive Anhaltspunkte. Es wäre wohl eine recht wichtige Aufgabe festzustellen, ob bei derartigen Erinnerungsmängeln die Gedächtnisspuren geschädigt sind, oder ob die Fähigkeit gelitten hat, sie wiederaufleben, mit den neuen Wahrnehmungen in Verbindung treten zu lassen. Der wirkliche Verlust an geistigem Besitz würde auf gröbere materielle Veränderungen des Gehirns schließen lassen, während die Erschwerung des „Reproduzierens" wohl eher als eine allgemeine Herabsetzung der Hirntätigkeit aufzufassen ist. Ich halte letzteres für wahrscheinlicher.

Das Gedächtnis für die Ereignisse der Zeit unmittelbar nach der Verletzung ist oft sehr mangelhaft, und nicht selten ist, wie ich entgegen den Berichten einiger Autoren feststellen konnte, eine retrograde Amnesie zu beobachten, die auch die Erinnerung an einen mehr oder weniger langen Zeitraum auslöscht, während dessen der später Verletzte zweifellos noch völlig aufnahmefähig war. Das ist eine Erfahrung, die uns als eine der häufigsten Begleiterscheinungen der Gehirnerschütterung schon seit langem bekannt war. Bei weitem überwiegt aber unter den Störungen des Gedächtnisses die der Merkfähigkeit.

Zur Feststellung dieses Symptoms bedarf es meist kaum des Experimentes; es kann den Kranken kaum entgehen und entgeht ihnen tatsächlich auch nicht, wie vergeßlich sie geworden sind. Charakteristisch ist schon, daß fast alle ein Notizbuch bei sich führen; nicht nur um Aufträge zu behalten. Geradezu erschütternd berührt es, wenn ein sonst intelligenter Mann auf die Fragen, in welchem Regiment er gedient hat, wo er verwundet worden ist, in welchem Lazarett er gelegen, wer ihn operiert hat, genötigt ist, in seinem Notizbuch nachzusehen.

Der Grad der Merkfähigkeitsstörung ist sehr verschieden; in weniger ausgeprägten Fällen wird man deshalb bestimmte Prüfungen nicht entbehren können. Zur ersten Orientierung genügt es, dem Kranken die Aufgabe zu stellen, eine fünfstellige Zahl oder ein Wortpaar (etwa: Fensterleder und Blitzableiter) nach einer Minute, während derer man einige Zwischenfragen oder leichte Rechenaufgaben beantworten läßt, zu wiederholen. Das macht dem Gesunden — besonders dann, wenn er zuerst einmal die Zahl oder das Wortpaar nachgesprochen hat — im ganzen keine oder nur geringe Schwierigkeit. Versagt der Kranke, so vereinfacht man die Aufgaben, um die Grenze zu finden, bis zu der seine Merkfähigkeit noch reicht.

Die Methode von Vieregge ist dazu sehr empfehlenswert: Ungebildete können sofort 5 bis 7 Zahlen, etwa ebensoviel nach einer Minute, 2 bis 3 nach der gleichen Zeit unter Ablenkung wiedergeben; Gebildete 6 bis 8 bei

den ersten beiden Proben, 4 bis 6 bei der dritten. Die Schädelverletzten bleiben hinter diesen Zahlen erheblich zurück. Am deutlichsten zeigt sich das in dem Unterschied der Leistung zwischen den ohne und nach Ablenkung wiedergegebenen Zahlen. Die Ablenkung löscht die Reproduzierbarkeit oft ganz oder bis auf eine Zahl aus.

Ich kann hier nicht auf Einzelheiten eingehen, aber ich halte es doch für notwendig, darauf hinzuweisen, daß die Viereggesche Methode die Ausfälle zuweilen schlimmer erscheinen läßt, als sie sind. Nach Vieregge spricht man die Zahlen langsam vor, wendet sich also nur an das akustische Merkvermögen. Ich lasse die Zahlen erst vorsprechen, in einer zweiten Versuchsreihe kurze Zeit betrachten, in einer dritten nach Diktat mit dem Finger auf den Tisch oder in die Luft schreiben. Auf diese Weise wird außer dem akustischen auch das optische und das akustisch-motorische Merken geprüft. Dabei ergeben sich zuweilen erhebliche Unterschiede, die darauf hinweisen, daß nicht alle Wege des Merkens gleichmäßig beeinträchtigt sind.

Das gilt auch für Fälle, in denen sonst keine Schädigung des akustischen oder optischen Vorstellungsvermögens bemerkbar ist. Ich bin mir nicht klar geworden, ob wir trotz des Fehlens sonstiger lokalisierter Ausfallserscheinungen annehmen dürfen, daß diese Einseitigkeit der Störung einer lokalisierten Schädigung des Gehirns entspricht; für vereinzelte Fälle ist das wohl kaum zu bezweifeln. Im allgemeinen ist aber wahrscheinlicher, daß die am besten ausgebildete Fähigkeit weniger leicht gestört wird, als die weniger geübte. Jedenfalls ist diese Beschränkung der Merkstörung tröstlich, denn sie macht die Aussichten für die Zukunft weniger trüb, als sie wären, wenn jegliches Haften gleichmäßig erschwert wäre. Denn unsere Kranken bedürfen der Merkfähigkeit zum Neuerlernen des Verlorengegangenen, zum Erwerb des für das Leben Unentbehrlichen. In jedem Falle, bei dem die Schädelverletzten sich der sonstigen Ausfallserscheinungen wegen in einen neuen Beruf einarbeiten müssen, kann das Versagen der Merkfähigkeit zu einem unübersteigbaren Hindernis werden.

Dürften wir wenigstens mit Bestimmtheit darauf rechnen, daß das mühsam Erworbene dauernd haftet. Ich habe mehrfach erlebt, daß Kranke nach kurzen Urlaubszeiten sich in der Klinik nicht mehr zurechtfanden, die Namen der Ärzte und der anderen Kranken vergessen hatten, längerer und wichtiger Unterredungen sich nicht mehr entsinnen konnten. Offenbar werden die frischen Erinnerungsbilder durch alle weiteren Eindrücke schnell ausgelöscht, und es bedarf unermüdlicher Wiederholung, bis der Geschädigte wirklich über das Neuerworbene wie über sein altes Gedächtnismaterial jederzeit verfügen kann; nur allzu oft hört man die Klage, wie schwer es werde, sich die Grundlagen neuer Berufe einzuprägen. Ob im Laufe der Zeit die Beeinträchtigung der Merkfähigkeit wieder verschwindet, wissen wir nicht; wir können nur hoffen, daß sich diese Störung ausgleicht, aber ich fürchte, wir werden auch diese Hoffnung wie viele andere zu Grabe tragen müssen.

Die beiden soeben besprochenen Erscheinungen, die schnelle Erschöpfbarkeit und das schnelle Vergessen, beeinflussen die Auffassung und Verarbeitung der Erlebnisse. Der Kranke kann seine Aufmerksamkeit nicht lange ganz anspannen und verliert, weil die Eindrücke nicht einmal für kurze Zeit haften, den Zusammenhang. Aber, auch abgesehen davon, gewinnen wir auf den ersten Anblick meist den Eindruck, daß dem Hirnverletzten — bei Ausschluß von sensorischen Schädigungen — schon das einfache Wahrnehmen nicht leicht wird, und erst recht nicht das Erfassen des Inhaltes und der Bedeutung des Wahrgenommenen.

Wenn der Kopfverletzte klagt, daß er die einfachsten Zeitungsberichte nicht mehr begreife, so ist der Sachverhalt klar. Prüft man aber in leichteren Fällen genauer, so stellt sich zuweilen heraus, daß der Kranke besser Bescheid weiß, als es schien; die Störung ist also gelegentlich nur eine Folge mangelnden Interesses und fehlender Aufmerksamkeit.

Zur Prüfung der Aufmerksamkeit ist die Bourdonsche Methode (möglichst schnelles Unterstreichen eines bestimmten Buchstabens in einem Text) recht brauchbar. Die Unterschiede

in der dazu notwendigen Zeit und in der Fehlerzahl, je nachdem der gewählte Text einen zusammenhängenden Inhalt hat oder aus unzusammenhängenden Worten besteht, gestatten auch einen Einblick in den Grad der Ablenkbarkeit.

So wichtig die Aufmerksamkeit für jede Arbeit ist, an der Tatsache kann man nicht zweifeln, daß auch die einfache Wahrnehmung und Auffassung erschwert ist, besonders, sobald es sich um schnelles Erfassen handelt. Bei Vorführung von kinematographischen Darstellungen zeigen sich oft ganz eigenartige Unterschiede. Die einen Kranken können spontan oder auf Fragen eine ganze Anzahl von Wahrnehmungen angeben, haben aber den Zusammenhang nicht begriffen; andere dagegen berichten über den Inhalt des Gesehenen recht gut, wissen aber nichts Genaues mehr über die Einzelheiten und fallen auf jede Suggestivfrage herein. Diese Kranken können den Vorgängen einer Theateraufführung — solange nicht die Ermüdung sich bemerkbar macht — besser folgen als dem Kinematographen. Ich sehe den Grund für diesen Unterschied einerseits in der größeren Natürlichkeit und Lebensechtheit der szenischen Darstellung, der größeren Eindringlichkeit des gesprochenen Wortes, das die Aufnahme der langsam sich vor dem Zuschauer abspielenden Vorgänge erleichtert, andererseits aber in der Schwierigkeit, die Filmbilder in so kurzer Zeit zu erkennen, und in dem ablenkenden Gefühl des Gehetztseins, das ja auch dem Gesunden bei dem schnellen Vorüberhuschen und dem Eiltempo der Ereignisse nicht fremd ist.

Da die gleiche Erscheinung, die Behinderung der geistigen Verarbeitung durch Ermüdung und Merkstörung, durch fehlendes Interesse und mangelnde Aufmerksamkeit, durch Erschwerung des Wahrnehmens, des sinngemäßen Erfassens der Einzelheiten und der zusammenfassenden Beurteilung verursacht werden kann, bleibt nur das Experiment übrig, um mit Sicherheit zu entscheiden, welche Ursache in Betracht kommt.

Zur Feststellung der Auffassungsfähigkeit genügt das schnelle Vorzeigen von Abbildungen einfacher Gegenstände, das Lesen von Worten aus wenigen (vier bis sechs) Buchstaben,

von sinnlosen Silben (drei Buchstaben) und anderes. Eine sehr gute und bequeme Methode scheint mir die von Hennes vorgeschlagene zu sein. Ich habe bereits (S. 19) darauf hingewiesen, daß der Geübte beim Lesen nicht die einzelnen Buchstaben, sondern den Gesamteindruck bekannter Buchstabenzusammenstellungen auf sich wirken läßt und Übersehenes ergänzt. Erdmann und andere haben beobachtet, daß sich dabei das Auge auf den Mittelpunkt des gleichzeitig Erfaßbaren einstellt; die Zahl der leicht zu erkennenden, in ziemlich gleichmäßigen Rucken der Zeile entlang gehenden Augenbewegungen gibt einen Anhaltspunkt, wieviel der Lesende durchschnittlich auf einmal aufzufassen vermag. Nach Hennes wird die bei Gesunden festgestellte Durchschnittszahl von fünf Auffassungskreisen für eine gleichlange Zeile von Kopfverletzten im allgemeinen überschritten; zuweilen waren auch rückläufige Augenbewegungen zu beobachten, die bei Normalpersonen nicht vorkommen.

Zur weiteren Trennung der Auffassungsfähigkeit von dem beurteilenden Erfassen sind das Vorzeigen von Bildern (Henneberg), das Wiedererzählenlassen kurzer Fabeln, die Ebbinghaussche Kombinationsmethode, empfehlenswert. Auch das Zeigen von Zeichnungen einfacher Gegenstände nach Heilbronner, die von nicht zu deutenden Strichen an, durch Zusetzen neuer Striche fortschreitend ergänzt, schließlich das Bild unverkennbar hervortreten lassen.

Nach dem Ergebnis aller Versuche und aller Beobachtungen wird man eine allgemeine Erschwerung des geistigen Arbeitens nicht in Abrede stellen können. Es steht fest, daß dem Gehirngeschädigten das Erfassen und Verarbeiten, das Überblicken der Einzelvorgänge und ihres Zusammenhangs nicht mit der gleichen Sicherheit und nicht so schnell möglich ist als einem gesunden Menschen gleicher Bildungsstufe. Die ganze Größe dieser Störung wird uns klar, wenn wir uns erinnern, wie wichtig bei jeder geistigen Arbeit die Fähigkeit ist, das Wesentliche und Ausschlaggebende sofort finden und festhalten zu können, und daß unsere Arbeit um so zuverlässiger wird, je länger und ausdauernder wir das

Ganze, unbeeinträchtigt von Ermüdung, zu überblicken vermögen.

Eine unbedingte Gesetzmäßigkeit zwischen dem Grade der drei wichtigsten Allgemeinstörungen, der Erschöpfbarkeit, der Erschwerung des Merkens sowie der Verlangsamung und Behinderung des Auffassens, Aufmerkens und Beurteilens, scheint insofern nicht zu bestehen, als bald die eine, bald die andere im Vordergrund steht. Wo aber alle drei vorhanden und alle drei sehr ausgeprägt sind, da haben wir ein Bild traurigsten psychischen Verfalls, das Bild der traumatischen Demenz vor uns. Es war uns oft ein Rätsel, wie nach einer Schädelverletzung anscheinend unerheblicher oder umschriebener Art eine allmähliche Verblödung zustande kommen konnte; das Rätsel ist durch unsere Kriegs-Erfahrungen gelöst. Was wir früher nur vermuten konnten, daß die Demenz eine Folge zahlreicher kleiner Herde nekrotischen Zerfalls und kleinster, ich möchte sagen, mikropathologischer Zellveränderungen sei, haben unsere Beobachtungen erwiesen. Ich habe — um den Begriff der traumatischen Demenz klinisch und pathologisch verständlich zu machen — in der Einleitung darauf hingewiesen, wie häufig neben der unmittelbar durch das Geschoß zertrümmerten Hirnsubstanz auch in entlegenen Teilen grob anatomisch greifbare Schädigungen zu finden sind. Und es ist nicht zu bezweifeln, daß sich die Veränderungen nicht auf diese mit dem bloßen Auge erkennbaren, mit dem Finger zu tastenden nekrotischen Herde beschränken, sondern daß auch — je nach der Stärke des mechanischen Vorganges — daneben noch andere Stellen und zahlreiche Zellen leichteren Schaden gelitten haben, deren Gesamtwirkung eine allgemeine Minderleistung ist. Die Befunde organischer Symptome nach Granaterschütterungen (S. 9) — so bedauerlich sie für den Geschädigten sind — dürfen wissenschaftlich als eine sehr willkommene Stütze dieser Auffassung betrachtet werden.

Oppenheim hat gelegentlich geäußert, ihm sei die Seltenheit gröberer Intelligenzdefekte nach Schädelschüssen aufgefallen. Daß ich anderer Meinung bin — ich setze natürlich voraus, daß man nicht Wissen

und Können verwechselt —, ist nach allem, was ich erörtert habe, selbstverständlich. Der Täuschung Oppenheims bin auch ich — wie wohl die meisten anderen Beobachter — anfangs zum Opfer gefallen. Der erste Eindruck, den Schädelverletzte nach Heilung der Wunde machen, ist tatsächlich kein schlechter. Die Wahrung der äußeren Formen, der verhältnismäßig unberührte Besitzstand früher erworbenen Wissens und Könnens verdecken die allgemeinen Ausfallserscheinungen, die Freude über die Besserung der ersten schweren lokalisierten Schädigungen und das Mitleid mit dem Geschädigten trüben das Urteil. Leider nicht auf die Dauer. Und dann wird uns nur zu klar, daß sich hinter der so wenig verändert, so unberührt erscheinenden Außenseite ein innerlich morsches, verfallenes Gebäude versteckt. Ich muß offen sagen, je länger ich mich mit den Hirnverletzten beschäftigt habe, und je tiefer ich in den Ablauf der einzelnen psychischen Vorgänge bei ihnen einzudringen versuchte, um so beklemmender und um so überzeugender wurde ich mir der Tatsache bewußt, daß kaum ein Fall von Schädelverletzung ohne Schaden ausheilt, und daß die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit durchweg weit größer ist, als man wohl erwartet oder befürchtet hat.

Die Kranken empfinden vielfach selbst, daß sie den gleichen Aufgaben wie früher nicht mehr gewachsen sind, mit mehr oder weniger großer Deutlichkeit, aber selten mit voller Einsicht in die Größe des Unheils, von dem sie betroffen sind. Zum Teil mag ihnen das verborgen bleiben, weil ihnen die Bedeutung der einzelnen Schädigungen unbekannt ist, zum Teil, weil sie nicht auf der Höhe der Urteilsfähigkeit sind, sicher aber zum Teil auch infolge einer Abstumpfung der Empfindsamkeit. Ich komme damit zur letzen Gruppe von Symptomen, den Schädigungen des Gemütslebens.

Meine Kopfschußverletzten waren zuerst in einer besonderen Abteilung meiner Klinik untergebracht. Dabei zeigte sich ein auffälliger Gegensatz zwischen der behaglichen Ruhe auf dieser Abteilung, dem friedlichen Zusammenleben, der Lenkbarkeit der Schädelverletzten gegenüber der

Unruhe und der dauernd zum Explodieren bereiten, sich häufig auch in Reibereien und heftigen Auseinandersetzungen entladenden Spannung auf der Abteilung, die alle Arten neurotischer und psychischer Erkrankungen umfaßte. Auch alle anderen Abteilungen der Krankenhäuser unterscheiden sich durch größere Ruhe und Fortfall aller der erwähnten Schwierigkeiten von den Nervenabteilungen. Aber was bei sonstigen Kranken der Ausdruck geistiger Gesundheit ist, ist bei den Schädelverletzten anders zu deuten. Der erfreuliche Vorzug der Kopfschußabteilung — als einen Vorzug deuteten wir anfangs das Fehlen der neurotischen Übererregbarkeit — entpuppte sich allmählich als ein betrübliches Zeichen allgemeiner gemütlicher Abstumpfung.

Die Schädigung der Affekterregbarkeit darf nicht als eine Erscheinung betrachtet werden, die von den anderen Symptomen unabhängig ist, aber wie der Zusammenhang ist, und wodurch sie entsteht, ist unbekannt. Vielleicht hat Anton in seiner Annahme recht, daß die besondere Kraftanstrengung, die zur Überwindung der funktionellen Störungen erforderlich ist, andere psychische Vorgänge zu kurz kommen läßt. Durch die einseitige Betätigung fehlt es an der zum normalen Ablauf der Gemütsbewegungen nötigen Gleichmäßigkeit und Ruhe.

Die Affektstörung zeigt sich in allen Abstufungen von der einfachen Gleichgültigkeit gegenüber den nicht unmittelbar die eigne Person betreffenden Angelegenheiten an bis zu den höchsten Graden völliger Gemütsstumpfheit. Schon die geringfügigste Herabsetzung der Affektansprechbarkeit ist in Anbetracht der Bedeutung, die dem Gemütsleben bei jedem geistigen Geschehen zukommt, als eine schwere Schädigung aufzufassen. Sie erklärt, weshalb die Kopfschußverletzten vielfach jede Selbständigkeit vermissen lassen, sich leicht unterordnen, von anderen zu allen Dummheiten verleiten, von Zufälligkeiten treiben lassen, nicht mehr selbst Herr ihres weiteren Geschicks sind. Hochgebildete Menschen, deren früherer Beruf auf große, die erreichte Stellung oft sogar auf ungewöhnliche Tat-

kraft zu schließen gestatten, sah ich nach längst geheilter Verletzung wochen- und monatelang unbeschäftigt und ohne Wunsch, sich zu betätigen, ihre Zeit verträumen, nur schwerfällig und unlustig auf Anregungen eingehend. Kaum daß ein Blick in die Zeitung geworfen wird. Ganz vereinzelt findet sich ein ernstes Bestreben, Neues zu erlernen; meist muß der Kranke getrieben und immer wieder von neuem getrieben werden. Ob sich der Mangel an Lebendigkeit, das Fehlen des Betätigungsdranges und des Bedürfnisses, sich das Leben nach eignen Wünschen und Ideen zurechtzuzimmern, mit der Zeit weniger empfindlich geltend machen wird, ist fraglich; bestenfalls aber wird wohl immer ein Rest der Schädigung übrig bleiben.

Daß sich erhebliche affektive Abstumpfung mit gesteigerter Affekterregbarkeit verbinden kann, ist — so gegensätzlich diese beiden Eigenschaften sind — dem Psychiater nichts Neues. Wir finden bei Kopfverletzten nicht selten eine Überempfindlichkeit gegen Geräusche, gegen das Zusammensein mit Menschen (vielleicht eine Folge des Insuffizienzgefühls); Neigung zum Weinen schon bei ganz nichtigen Anlässen, Reizbarkeit gegen Zurechtweisungen, gegen vermeintliche oder wirkliche Beleidigungen, das Gefühl, man stelle unberechtigte Anforderungen, setze sie zurück, tue ihnen Unrecht. Da die Reizbarkeit nicht immer durch die ja ebenfalls geschädigte Fähigkeit ruhigen Überlegens und Abwägens genügend gedämpft wird, kommt es leicht zu Erregungszuständen, die gelegentlich einen geradezu epileptischen Charakter tragen und, meist unter Mitwirkung mäßiger Alkoholmengen, zu völligen Dämmerzuständen anwachsen können. Plötzliche Gehorsamsverweigerungen, Widerworte, sogar Angriffe auf die Umgebung und Vorgesetzten, sinnloses Fortlaufen und Herumirren führen die Kopfverletzten vor den Strafrichter, der sich nach meiner Erfahrung allerdings leicht von der Krankhaftigkeit der Vorfälle überzeugen läßt.

Die praktische Bedeutung der Affekterregbarkeit ist weit störender als die Abstumpfung des Gemütslebens; aber für die soziale Betätigung der

Kopfverletzten und ihr Zusammenleben mit der Umgebung ist diese weniger augenfällig und daher häufiger eine Quelle ungerechter Beurteilung der Kranken als jene (S. 79).

Noch eine weitere Folge der affektiven Schädigung sei kurz erwähnt. Die Stumpfheit des Gemüts macht es begreiflich, daß zuweilen, wenn auch selten, Kopfverletzte den Eindruck der — sit venia verbo — sittlichen Verkommenheit machen. Sie sind taktlos, widersetzlich, anmaßend bis zur äußersten Grenze der Unverschämtheit, vernachlässigen sich äußerlich, sind gleichgültig gegen die Gebote der Schicklichkeit bis zu einem Grade, daß sie, unbekümmert um Anwesende, öffentlich ihre Bedürfnisse befriedigen. Sie gebrauchen unpassende, gemeine, obszöne Ausdrücke, eignen sich alles, was ihnen gerade paßt, ohne Scheu an; lügen und betrügen. Auch den eignen Angehörigen gegenüber tritt ein schroffer Egoismus hervor; und das alles ganz im Gegensatz zu dem früheren Charakter. Spricht schon diese Umwandlung dafür, daß wir es mit einer pathologischen Erscheinung zu tun haben, so erst recht eine Erfahrung wie die folgende:

Ein früher unbescholtener Mann wurde am 22. Oktober 1914 durch eine Schrapnellkugel an der Schläfe verletzt. Am 10. April 1915 wurde — nachdem er bei einer Hörprüfung zweifellos absichtlich falsche Angaben gemacht und auch sonst sich anmaßend und schwer lenkbar benommen hatte —, von dem Arzte ein Bericht über ihn erstattet, laut dessen er „der Krankheitsvortäuschung und der Rentenerschleichung verdächtig" war. Wenige Tage darauf wurde die noch im Knochen steckende Schrapnellkugel entfernt; dabei fand sich die Dura narbig geschlossen. Am 19. 5. 15 berichtete der gleiche Arzt, daß der Kranke „im Gegensatz zur ersten Zeit ein natürliches Wesen" zeige. Während meiner Beobachtung im Anfang dieses Jahres benahm sich der Kranke ganz einwandfrei! Nebenbei mußten im Februar 1916 noch einige Metallsplitter entfernt werden, wobei auch der etwas eingedrückte Knochen gehoben wurde.

In diesem Falle hatte also die Operation die bestehende moralische Minderwertigkeit behoben. Derartige Heilungen sind Ausnahmen; Ausnahmen glücklicherweise auch die Fälle weitgehender — nichtepileptischer — moralischer Entartung nach Kopfverletzungen. Sie sind deshalb auch nur ein wenig charakteristischer, aber auch ein ganz besonders unsympathischer Zug in

dem traurigen Bilde, das uns beim Überblick über die Folgen der Schädelverletzungen entgegentritt.

XI.

Ich nannte das Bild traurig und bin mir dabei bewußt, daß ich auf Widerspruch stoßen werde. Man wird mir vorwerfen, daß ich vielleicht allzusehr schwarz in schwarz gemalt habe. Ich wäre froh, wenn das der Fall wäre, und wenn ich mich getäuscht hätte. Aber ich bin leider nur zu sehr überzeugt, daß die weiteren Erfahrungen meine Auffassung bestätigen werden.

Die erste der Voraussetzungen, auf die sich unsere Hoffnungen stützten, einen großen Teil der Kopfverletzten zu brauchbaren Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft machen zu können, ist erfüllbar. Wir können die Ausfallserscheinungen einigermaßen genau lokalisieren und ihre Wirkung auf die Leistungsfähigkeit feststellen. Mehr oder weniger scheitern wir schon bei der zweiten Voraussetzung, daß wir für die fehlenden oder beeinträchtigten Funktionen Ersatz schaffen können. Was aber alle unsere Hoffnungen zuschanden macht, ist das trostlose Ergebnis unserer Untersuchungen über die dritte Voraussetzung. Spätfolgen treten nur zuweilen auf, Allgemeinstörungen nur zuweilen nicht; und ihr Vorhandensein ist schuld, daß wir mit aller Mühe und Sorgfalt nur Unvollkommenes erreichen können, und daß selbst die augenfälligsten Erfolge uns schließlich enttäuschen.

Vergleichen wir allerdings das, was der Schädelverletzte ohne Schulung und Erziehung, ohne Übung und Beratung zu leisten vermag, mit dem, was er unter unserer Mithilfe zustande bringt, so ist der Unterschied vielleicht nicht so gering und gewiß geeignet, uns Mut zu machen, auch weiterhin helfend dem Geschädigten beizustehen. Stellen wir aber allen individuellen und sozialen Mängeln und Unvollkommenheiten die Leistungsfähigkeit und Tüchtigkeit des gesunden Menschen gegenüber, der Gesamtpersönlichkeit eines Schädelverletzten nach der Verletzung die frühere, so kann das Ergebnis der Vergleichung nicht zweifelhaft sein.

Die einzige Hoffnung, an die wir uns klammern, ist die Erwartung, die eine oder andere Störung werde sich vielleicht noch im Laufe der Zeit ausgleichen, im Leben weniger bemerkbar machen. Ich zweifle auch nicht, daß sich mancher der Geschädigten trotz der Ausfallserscheinungen und der Allgemeinstörungen beruflich betätigen, ja auch noch Tüchtiges leisten kann. Aber ich bezweifle, ob wir mit vielen solcher erfreulicher Fälle rechnen dürfen, und halte es nicht für zulässig, um dieser, durch unsere bisherigen Erfahrungen gewiß nicht berechtigter gewordenen Erwartung willen, die keine andere Stütze als unser mitleidvolles Wünschen hat, die Augen vor der Wirklichkeit zu verschließen. Für mich ist diese Wirklichkeit eine um so schmerzlichere Enttäuschung gewesen, als ich mit großem Optimismus an die Arbeit gegangen war, den Schädelverletzten zu helfen. Wir stehen jetzt nicht mehr wie damals vor neuen Aufgaben; unsere Erfahrungen sind, wenn auch noch nicht abgeschlossen, doch umfangreich genug; wir müssen jetzt endlich die Folgerungen aus unseren Beobachtungen ziehen. Welcher Art sie sind, kann nur noch in Einzelheiten fraglich sein; nicht mehr fraglich aber die Aussichtslosigkeit unserer Bemühungen, die Schädelverletzten zu vollwertigen Menschen zu machen.

Bei allen unseren Bestrebungen werden wir an der Klippe scheitern, die in der Herabsetzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit besteht. Sie ist herabgesetzt und bleibt herabgesetzt; insofern können wir auch bei der größten Schulung und bei aller Sorgfalt unserer Arbeit nicht entfernt darauf hoffen, daß die Erfolge bei den Schädelverletzungen so groß sein werden, wie etwa die Erfolge bei den Verletzungen der Extremitäten; diese sind mechanisch einigermaßen zu ersetzen, bei unseren Kranken handelt es sich um sehr viel ernstere Funktionen.

Überläßt man die Schädelverletzten sich selbst, so bleibt ein großer Teil sozial mehr oder weniger unbrauchbar; helfen wir ihnen, so können wir damit rechnen, wenigstens einen erheblichen Teil in das bürgerliche Leben sich einordnen zu sehen. Bevor wir sie einordnen, müssen wir ihnen in

schonendster Weise beibringen, daß sie nicht erwarten dürfen, nun in gewohnter Weise, ungehemmt durch Rücksichtnahme auf den Körper, weiterarbeiten oder gar größeren Aufgaben sich widmen, hohen, fernen Zielen zustreben, im Leben stets sich behaupten zu können wie ein Gesunder. Sie werden unter allen Umständen in das Hintertreffen des Lebens hineingeraten.

Wir sind, soweit es auf Schulung gestörter Funktionen und Berufsberatung ankommt, noch im Stadium des Lernens. Wenn der Krieg auch schon recht viel Lehrmaterial gebracht hat, und die Zeit des Lernens auch schon recht lange dauert, so sind wir doch jeden Augenblick immer wieder in Gefahr, Fehlgriffe zu machen, Umwege und Irrwege einzuschlagen. Wir dürfen aber deshalb, und weil wir wissen, daß wir etwas Ganzes doch nicht erreichen können, nicht unsere Bemühungen aufgeben, zu helfen, wo es möglich ist.

XII.

Nur Einiges noch über das was geschehen muß.

Als ich im Frühjahr 1915 im Auftrage des Chefs des Feldsanitätswesens „Winke zur Beurteilung von Nervösen und psychisch nervösen Erkrankungen" ausarbeitete, habe ich noch geglaubt, man könne in besonders günstigen Fällen unbedenklich auch Schädelverletzte wieder ins Feld schicken. Andere gingen damals noch weiter. Sänger, gewiß ein guter Beobachter, hat noch im Mai 1915 in Baden-Baden berichtet, daß er von 44 Kopfschußverletzten 7 wieder felddienstfähig erklärt habe. Bei der Neubearbeitung der Winke, einige Monate später, war ich schon vorsichtiger geworden und warnte davor; allmählich sind meine Bedenken so groß geworden, daß ich mich nicht entschließen kann, auch heute noch solche Ausnahmen zu machen. Die unerläßliche Zähigkeit im Ertragen von Anstrengungen und Aufregungen, die im Felde so oft notwendige plötzliche Anspannung aller Kräfte stellen an das wenig widerstandsfähige Gehirn eines Kopfverletzten zu große Anforderungen; versagt es, so ist das nicht nur für den Geschädigten selbst ge-

fährlich, sondern kann auch für die Truppe zum Verhängnis werden.

Ich will damit nicht sagen, daß nicht gelegentlich ein Soldat trotz einer Schädelverletzung draußen ganz gut mitkommt. Ein Mann wurde uns Ende 1915 zugeschickt, weil er mit Kameraden und Vorgesetzten in Streitigkeiten geriet. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, daß zwei Granatsplitter in der tiefsten Tiefe des Gehirns saßen. Er hatte sich, als er die Verwundung beim Vormarsch erlitten hatte, nur ein Verbandpäckchen um den Kopf gelegt und war weiter mitmarschiert. Er war nicht ein einziges Mal, von der Verwundung im September 1914 an bis Oktober 1915, revierkrank gewesen. Er hatte auch nur geglaubt, eine leichte, äußere Verletzung davongetragen zu haben. Allmählich trat dann die psychische Veränderung ein, die zu den groben Ausschreitungen führte. Es ist jetzt mit ihm ganz zu Ende; er hatte sich aber doch lange Zeit als brauchbarer Soldat erwiesen. Allerdings war er ein von Hause aus recht stumpfer Mensch ohne jede eigne Initiative, verwendbar nur als ein Glied der Masse.

Ich hielt mich für verpflichtet, den Fall zu erwähnen, weil ich sonst von dem Hinaussenden von Schädelverletzten ins Feld nicht viel Erfreuliches gesehen habe, wohl aber häufig ernste Schädigungen. Ich habe auch die ernstesten Bedenken, die Kranken vollen Garnisondienst tun und mitexerzieren zu lassen. Das können sie nicht leisten. Günstigstenfalls ertragen sie eine Zeitlang die Anstrengungen ohne Schaden; unendlich wahrscheinlicher aber ist die Verschlechterung des Zustandes und damit ein weiteres unnützes Opfer an Gesundheit. Wir schaffen mit der Wiedereinstellung in die Truppe nichts Gutes für das Heer, sondern nur Krüppel für das Leben. Deshalb verzichtet man besser darauf, besonders bei Offizieren, deren Versagen auch die gesunden Mannschaften in die größte Gefahr bringen kann.

Die Stellung der Kopfverletzten in der Welt ist weit bedauernswerter als die der Amputierten. Mit dem Soldaten und dem Invaliden, dem — leicht erkennbar — ein Glied fehlt, hat jeder Mitleid. Er findet überall Berücksichtigung und Hilfe; Anerkennung und Bewunderung, wenn er sich Mühe gibt und trotz des Gliedmangels etwas leistet.

Der Gehirnverletzte fällt äußerlich nicht auf. Niemand hält ihn für geschädigt. Seine Stumpfheit, das Versagen der Aufmerksamkeit werden nur allzuoft als Mangel an Interesse, sein schnelles Ermüden als Faulheit und Fehlen guten Willens, die Merkstörung als Nachlässigkeit, seine Reizbarkeit als Unverträglichkeit gedeutet und als Charakterfehler mißbilligt. Deshalb müssen wir, soweit es geht, die weitere Öffentlichkeit über das zukünftige Schicksal der Kopfverletzten aufklären.

Nüchterne Kritik ist eine notwendige Pflicht, die wir unseren Kranken schuldig sind. Erfolge machen mutig und ausdauernd. So wünschenswert aber ein hoffnungsfreudiges Arbeiten, das des Erfolges sicher zu sein glaubt, ist, so birgt sich doch darin eine Gefahr. Wenn wir unsere Erfolge überschätzen, so trägt die Kosten unseres Irrtums der Kranke. Es wäre ein großes Unrecht, wenn durch die Überspannung unserer Hoffnungen und Versprechungen das Fehlschlagen unserer Bemühungen schließlich dem Kranken, dessen Versagen doch nicht seine Schuld, sondern die Folge der schweren Hirnschädigung ist, zum Vorwurf gemacht würde. Wir dürfen nicht zuviel von den Kranken verlangen und die Umgebung, Angehörigen, Arbeitgeber und Behörden nicht über das bescheidene Maß des Erreichbaren im unklaren lassen. Wir müssen Sorge tragen, daß auch diesen Ärmsten der Armen das Verständnis, das Mitleid und die Hilfe derer zuteil werden, die zu Hause bleiben und im alten Kreise weiter wirken durften.

Man darf diese Äußerlichkeit, die richtige Einschätzung der Leistungen, nicht für nebensächlich halten. Der Widerstand, auf den der Kranke beim Versuch stößt, sich wieder in das bürgerliche Leben einzuordnen, wirkt um so entmutigender, je schwieriger dem Geschädigten die Betätigung seiner Kräfte wird, und je mehr er durch die Verständnislosigkeit der Mitwelt sein eigenes Mühen und Ringen verkannt sieht. Aus der Mutlosigkeit wird dann Verzweiflung, die weit entfernt ist von dem tapferen Sichabfinden mit dem Unvermeidlichen, das wir bei Gliedverlusten so oft sehen und auch bei unseren Kopfver-

letzten wünschen müssen. Darin ihnen beizustehen, ist unsere Pflicht.

So wenig hoffnungsfreudig ich im ganzen den Erfolgen unserer Behandlung gegenüberstehe, so glaube ich doch nicht, daß wir deshalb nun die Hände in den Schoß legen dürfen. Wir müssen vor allem verhindern, daß sich zu den Defekten, die wir finden, noch nervöse Begleiterscheinungen gesellen, und deshalb ist es notwendig, die Kranken so schnell wie möglich in eine regelmäßige Tätigkeit zu bringen, zu fruchtbringender Arbeit.

Unser erstes Bestreben wird auf Beseitigung der Ausfallserscheinungen gerichtet sein. Die leitende Richtung gibt der Beruf. Wir müssen alle erhaltenen Reste von Funktionen üben, schulen, ausbilden; ergänzen, was abhanden gekommen ist, lehren, was fehlt. Sind die bleibenden Störungen einer wirklich erfolgversprechenden Fortsetzung der früheren Berufstätigkeit dauernd hinderlich, so werden wir den Kranken beraten müssen, in welcher Weise er die erhalten gebliebenen Fähigkeiten am zweckmäßigsten ausnützen kann, und ihm die Mittel und Wege zeigen, wie er in einem neuen Berufe wieder zu einem Menschen werden kann, der soziale Werte schafft. Wir müssen dafür sorgen, daß die Berufswahl nicht ausschließlich danach erfolgt, was die Kranken früher waren. Man muß es vermeiden, die geschädigten Funktionen allzusehr in Mitleidenschaft zu ziehen, muß sich dem anpassen, was noch geblieben, und dem, was erlernbar ist. So wird es mit Hilfe des Arztes möglich sein, aus dem Krüppel einen Menschen zu machen, der einigermaßen seinen Platz im Leben behaupten und etwas leisten kann.

XIII.

Die wichtigste Aufgabe für Gegenwart und Zukunft ist die Beratung der Geschädigten. Sie werden noch auf lange Zeit unserer Hilfe bedürfen und haben ein Anrecht darauf, daß sie jederzeit ohne Schwierigkeiten den Rat erfahrener Fachmänner in Anspruch nehmen können. Vor allem bei dem Wiedereintritt ins Leben und der Betätigung ihrer Kräfte im Beruf.

Die Gesichtspunkte, nach denen eine dem allgemeinen Können und dem Verluste bestimmter Fähigkeiten angepaßte Tätigkeit gesucht werden muß, habe ich bereits angeführt. Leicht ist es gewiß nicht, das Richtige zu finden. Dem Kranken fehlt der Überblick über seine Störungen und die Einsicht in den Grad der Ausfallserscheinungen. Dem Arzt, der diesen am genauesten zu beurteilen vermag, mangelt vielfach die Kenntnis, welche Anforderungen an Kraft und Geschicklichkeit, an Ausdauer und Sicherheit der Bewegungen die verschiedenen Berufe stellen. Der Gewerbebeamte wieder kann nur schwer beurteilen, welchen Einfluß die vorhandenen Störungen auf die ganze Tätigkeit und die einzelnen Verrichtungen ausüben. Der Arzt wird sich, zumal wenn er von Gewerbebeamten unterstützt wird, wohl am leichtesten in die neuen Aufgaben einarbeiten können; aber nicht jeder Arzt. Es gehören zur Lösung der Aufgaben ein ganz besonderes Interesse für die Kopfverletzten im allgemeinen und für die Eigenart jedes Falles, eine durch unablässige Beschäftigung mit diesen Fällen stets wachsende große Erfahrung im Erkennen jeder, auch der kleinsten Störung und endlich genaue Kenntnisse in den Anforderungen der verschiedenartigsten Berufe. Erst wenn alle diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann der Arzt wirklich Tüchtiges leisten.

Schon jetzt, noch ehe der Krieg beendet ist, ist es notwendig, Vorbereitungen zu treffen, um unseren Schädelverletzten den Weg weisen und bahnen zu können, auf dem sie das Ziel, sozial brauchbare Menschen zu werden, erreichen können. Zu dem Zwecke muß jetzt schon eine Forderung mit allem Nachdruck ausgesprochen werden: **Die Schaffung von Beratungsstellen für Kopfverletzte.** Nur dadurch, daß eine möglichst große Zahl solcher Fälle, eine Zahl, die nur durch die für jeden einzelnen notwendige Zeit beschränkt ist, nach einheitlichen Gesichtspunkten untersucht und beraten wird, nur dadurch, daß der Arzt mit allen Fragen ganz vertraut ist, nur dann, wenn jeder Kranke weiß, wo er sich jederzeit Rat und Hilfe erbitten kann, nur dann dürfen wir sagen, daß wir für die so schwer geschädigten Kopfverletzten alles getan haben, was möglich, alles, was nötig war.

Die Forderung ist nicht schwer zu erfüllen. Haben sich doch fast überall Fachleute gefunden, die ohne Auftrag diesen Kranken ihre ganze Aufmerksamkeit und ihr besonderes Interesse gewidmet haben. Für den Bereich jeden Armeekorps werden zwei bis drei derartige Beratungsstellen ausreichen. An Mühe und Arbeit wird es den Beratungsstellen nicht fehlen; aber wenn die Arbeit gewissenhaft geleistet wird, kommt der Gewinn der Wissenschaft zugute und vor allem unseren Schädelverletzten, den bedauernswertesten Opfern des Weltkrieges.

Ich will hier nicht weiter auf die Einzelheiten der Organisation solcher Beratungsstellen eingehen, halte es aber für unerläßlich, wenigstens die wichtigsten Gesichtspunkte in Kürze anzudeuten.

Wie aus meinen Darlegungen wohl zur Genüge hervorgeht, ist eine Trennung der durch Geschosse verwundeten und der durch stumpfe Gewalt geschädigten Kopfverletzten nicht angängig. Sie müssen an der gleichen Stelle Rat und Hilfe finden. Es fragt sich aber, ob es nicht zweckmäßig ist, den Rahmen der zu Beratenden weiter auszudehnen. Ich verkenne gewiß nicht den Vorzug einer ganz spezialistischen Einübung auf die Erkennung der nach Schädelverletzungen vorkommenden Ausfälle; sie gestattet, auch feinere Störungen leichter festzustellen und vielleicht auch leichter die zu ihrer Beseitigung erforderlichen Wege zu finden. Diesem Vorzug steht aber der weit größere Nachteil gegenüber, daß über dem Suchen nach diesen Einzelheiten die für die Lebenstüchtigkeit und Berufsfähigkeit wichtigeren Allgemeinstörungen und die Beimischung psychogener Symptome übersehen werden. Dadurch kann die allzugroße Spezialisierung, wie auch sonst oft, zur Quelle recht bedenklicher Mißgriffe und Fehlurteile werden und kann eine ernste und zuweilen dauernde Schädigung der Kranken zur Folge haben.

Immerhin könnte man im Interesse der Wissenschaft — und in sehr beschränktem Maße auch vielleicht der praktischen Erfolge — einer Einrichtung besonderer Beratungsstellen für Kopfverletzungen zustimmen; aber nur unter

der Voraussetzung, daß der Leiter neben dieser besonderen Ausbildung die nötige allgemeine Erfahrung besitzt, um dem Fehler der Einseitigkeit zu entgehen. Nur in der Hand eines neurologisch und psychiatrisch gründlich ausgebildeten, an den Verkehr mit Nervenkranken und psychisch Geschädigten gewohnten, in allen Behandlungsmethoden geübten und erfahrenen Fachmannes wird die ausschließliche Beschäftigung mit Schädelverletzten wissenschaftliche und praktische Ergebnisse zeitigen, die von dauerndem Wert sind.

Stimmt man dieser Anschauung grundsätzlich zu, so erscheint es doch wohl einfacher, die **Beratungsstellen** für Kopfverletzte mit den ebenso unentbehrlichen **für Nervenkranke** (ohne Unterschied der organischen und psychischen Natur ihrer Leiden) zu verbinden. Die unendliche Mannigfaltigkeit der Durchkreuzung organischer und psychischer Symptome, die Maßnahmen, durch die dem Entstehen traumatischer Neurosen vorgebeugt werden kann, die Gesichtspunkte, nach denen die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit untersucht werden müssen, sind für beide Krankheitsgruppen die gleichen. Eine Trennung führt nur zu Schwierigkeiten bei der Zuweisung der Kranken, zu doppelten Ausgaben, vor allem aber zu überflüssiger Zersplitterung der Kräfte.

Eine Beratungsstelle für Kopfverletzte und Nervenkranke ist nur in kleinem Rahmen denkbar. Die Zahl der Kranken darf nicht groß sein, da es sonst unmöglich ist, sie mit der erforderlichen Gründlichkeit zu untersuchen und den Persönlichkeitsfaktor, dessen Wichtigkeit ohne weiteres verständlich ist, genügend zu berücksichtigen. Mehr als 30 bis 40 Kranke kann auch ein sehr erfahrener Fachmann allein nicht gleichzeitig ausreichend übersehen; über 100 auch nicht bei genügender Assistenz.

Ich glaube, daß zur Untersuchung in der Beratungsstelle durchschnittlich 14 Tage ausreichen. Längerer Aufenthalt ist im allgemeinen nicht ratsam. Die Untersuchungsmethoden auf psychischem Gebiete, besonders die experimentellen Prüfungen, verlangen eine völlige Gleichmäßigkeit des Lebens. Diese ist nur durch Abschluß von der Außenwelt zu erreichen. Theaterbesuche, längere Spaziergänge, be-

sonders aber jeder Alkoholgenuß verändern die Versuchsbedingungen so, daß die Ergebnisse unbrauchbar werden. Ohne Schaden für ihre Gesundheit kann aber den Kranken nicht zugemutet werden, lange Wochen ohne Verlassen der Beratungsstelle, eingeschlossen zu bleiben. Außerdem wird infolge der bei fast allen Kopfverletzten zu beobachtenden Überempfindlichkeit gegen Alkoholgenuß die Gewährung von Bewegungsfreiheiten, wie sich leider immer wieder herausstellt, zu einer direkten Gefahr für die Kranken und für die öffentliche Rechtssicherheit. Daher die Forderung einer nur kurzen Beobachtungszeit, die völlig genügt, um eine beschränkte Zahl von Kranken gründlich kennen zu lernen.

Ich bin dabei von der Voraussetzung ausgegangen, daß die Beratungsstellen in die Städte gehören. Das ist an und für sich wohl schon dadurch gegeben, daß sie sich ohne große Kosten an die bereits vorhandenen Kliniken und Krankenhäuser angliedern lassen. Ausschlaggebend dürfte sein, daß die so oft notwendige fachärztliche Hilfe der Chirurgen, Orthopäden, der Augen- und Ohrenärzte sowie der Röntgeninstitute nur in Städten jederzeit ausreichend zur Verfügung steht und ebenso die Unterstützung durch Gewerbebeamte, Handwerker und die großzügig arbeitenden Einrichtungen der staatlichen und privaten Unfallsfürsorge.

So überzeugt ich bin, daß Beratungsstellen nur in größeren Städten am Platze sind, so selbstverständlich erscheint mir, daß die Behandlungsstätten auf das Land gehören. Nur dort lassen sich alle die verschiedenen Einrichtungen schaffen, deren wir bedürfen, um die passende Beschäftigung für jeden Kranken finden und ausproben und um ihn, soweit es möglich ist, wieder erwerbsfähig und für das Leben brauchbar machen zu können. Die Lage einer Nervenheilstätte auf dem Lande hat außerdem den großen Vorzug gesunderer Luft, größerer Bewegungsfreiheit, geringerer Kosten, und gleichzeitig werden die Gefahren, die das Leben in der Großstadt mit sich bringt, vermieden.

Die Beratungsstellen und Behandlungsstätten sind gleich wertvoll, gleich unentbehrlich, und sie werden ihr Bestes leisten, wenn sie bei völliger Unabhängig-

keit, in steter Fühlung miteinander, sich in der Lösung ihrer Aufgaben ergänzen.

Für die vielen endlich, die nicht mehr allein durch die Welt kommen können, bedürfen wir eigener **Pflegeanstalten.** Das Wort klingt schlimmer als es ist. Nicht Anstalten meine ich, in denen siechе Leute bis zum Lebensende durchgefüttert werden, sich und anderen zur Last, sondern Zufluchts- und Heimstätten, die dem Gehirnverletzten ermöglichen, durch seine eigene Arbeit noch einen Teil seines Unterhaltes zu erwerben. Kleine ländliche Siedelungen, einfache Häuser, Eigenheime, die nur das Gemeinsame haben, daß der Kranke der Sorge, wie er sein Leben fristen soll, enthoben ist, und daß die Ausnützung der beschränkten Arbeitskräfte der Gesamtheit der Zusammenwohnenden immerhin zugute kommen kann. Land- und Forstwirtschaft, Viehzucht, Werkstätten aller Art, Verwaltung, Buchführung und Aufsicht bieten soviel Arbeitsgelegenheit, daß nur Wenige ganz unbeschäftigt bleiben werden.

Ich glaube, es wäre an der Zeit, recht bald derartige Pflegeanstalten zu schaffen, die sich vielleicht mit den Behandlungsstätten verbinden lassen oder sich als natürliche Folgen aus diesen entwickeln. Wie ich hinzufügen möchte, auch gleichzeitig für alle anderen Formen schwerer nervöser und psychischer Schädigungen. Wenn man jetzt schon derartige Einrichtungen trifft, so würde das den großen Vorzug haben, daß von vornherein, da die Besserungsversuche doch noch nicht abgeschlossen sind, Unterrichts- und Übungskurse dem Ganzen den Charakter der Heilstätte verleihen würden; dieser Charakter würde bestehen bleiben, und damit dem in eine solche Anstalt eingewiesenen Kranken der trostlose Eindruck erspart werden, daß er zu dauerndem Siechtum verurteilt ist. Jeder, auch der kleinste Wert, den er durch seiner Hände Arbeit schafft, ist ein kleiner Beitrag zur Entlastung der Gesellschaft, unschätzbar aber in seiner Bedeutung für das eigne Gefühl des Kranken.

So ergibt sich eine Fülle von Zukunftsaufgaben, deren Lösung der bescheidene Dank des Vaterlandes gegenüber den Schädelverletzten sein wird.

Unser ganzes Können, Wissen und Wollen müssen wir einsetzen für die, die ihre Gesundheit und so oft ihr ganzes Lebensglück für uns geopfert haben. Und wenn auch das, was wir erreichen, nicht dem entspricht, was wir gehofft und gewünscht haben, so entspricht es doch dem, was wir können.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

Begründet von Direktor Professor Dr. **Konrad Alt** in Uchtspringe (Altmark).

Herausgegeben von

Prof. Dr. **O. Bumke**, Rostock-Gehlsheim.

Abonnementspreis pro Band = 8 Hefte 8 Mark. — Es liegen bis jetzt 10 Bände abgeschlossen vor, der elfte Band ist im Erscheinen. Jedes Heft ist auch einzeln käuflich.

ERSTER BAND.

Heft 1. **Hoche**, Prof. Dr., Freiburg i. Br. Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 1,80.

Heft 2/3. **Ziehen**, Prof. Dr. Th., Berlin. Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 2,—.

Heft 4. **Kirchhoff**, Professor Dr., Schleswig. Neuere Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen. Einzelpreis M. 1,—.

Heft 5/6. **Bruns**, Prof. Dr. L., Hannover. Die Hysterie im Kindesalter. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 1,80.

Heft 7. **Windscheid**, Professor Dr. **Franz**, Leipzig. Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 2,—.

Heft 8. **Hoche**, Prof. Dr., Freiburg i. Br. Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Einzelpreis M. 1,40.

ZWEITER BAND.

Heft 1. **Arndt**, Prof. Dr. **Rud.**, Greifswald. Was sind Geisteskrankheiten? Einzelpreis M. 1,50.

Heft 2. **Tiling**, Direktor Dr. Th., Rothenberg. Über alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex Einzelpreis M. 0,80.

Heft 3/4. **Hoffmann**, Dr. **Aug.**, Düsseldorf. Über die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei Nervenkrankheiten in der Praxis. Einzelpreis M. 2,40.

Heft 5/6. **Bratz**, Dr., Berlin. Die Behandlung der Trunksüchtigen unter dem Bürgerlichen Gesetzbuch. Einzelpreis M. 2,40.

Heft 7/8. **Alt**, Prof. Dr. K., Uchtspringe. Über familiäre Irrenpflege. Einzelpreis M. 3,—.

DRITTER BAND.

Heft 1. **Schultze**, Professor Dr. **Ernst**, Bonn. Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Novelle zur Zivilprozeßordnung. Einzelpreis M. 1,80.

Heft 2. **Arndt**, Prof. Dr. **Rud.**, Greifswald. Wie sind Geisteskrankheiten zu werten? Einzelpreis M. 2,—.

Heft 3. **Möbius**, Dr. P. J., Leipzig. Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Zehnte Auflage. Mit Bildnis des Verfassers. Einzelpreis M. 1,60.

Heft 4. **Hoche**, Prof. Dr., Freiburg i. Br. Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt. Einzelpreis M. 1,—.

Heft 5. **Trömner**, Dr. E., Hamburg. Das Jugendirresein (Dementia praecox). Einzelpreis M. 1,—.

Heft 6. **Hoche**, Prof. Dr., Freiburg i. Br. Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten? Einzelpreis M. 1,20.

Heft 7. **Weber**, Prof. Dr. L. W., Göttingen. Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Einzelpreis M. 1,50.

Heft 8. **Oppenheim**, Prof. Dr. H., Berlin. Zur Prognose und Therapie der schweren Neurosen. Einzelpreis M. 1,50.

VIERTER BAND.

Heft 1. **Laquer**, Dr. med. **Leopold**, Frankfurt a. M. Über schwachsinnige Schulkinder. Einzelpreis M. 1,50.

Heft 2. **Hoche**, Prof. Dr. A., Freiburg i. B. Die Grenzen der geistigen Gesundheit. Einzelpreis M. 0,80.

Heft 3. **Pfister**, Prof. Dr. H., Freiburg i. Br. Die Anwendung von Beruhigungsmitteln bei Geisteskranken. Einzelpreis M. 1,20.

Heft 4. **Weil**, Dr. **Max**, Stuttgart. Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Einzelpreis M. 0,60.

Heft 5. **Laquer**, Dr. **Remus**, Wiesbaden. Über Höhenkuren für Nervenleidende. Einzelpreis M. 0,60.

Heft 6/7. **Weygandt**, Prof. Dr. W., Hamburg. Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Einzelpreis M. 2,40.

Heft 8. **Liepmann**, Privatdozent Dr. H., Pankow b. Berlin. Über Ideenflucht. Einzelpreis M. 2,50.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

FÜNFTER BAND.

Heft 1. **Pick, Prof. Dr. A., Prag.** Über einige bedeutsame Psychoneurosen des Kindesalters. Einzelpreis M. 0.9
Heft 2/3. **Determann, Dr., St. Blasien.** Die Diagnose und die Allgmeinbehandlung der Frühzustände der Tabes dorsalis. Einzelpreis M. 2.5
Heft 4/5. **Hoennicke, Dr. Ernst, Greifswald.** Über das Wesen der Osteomalazie und seine therapeutischen Konsequenzen. Einzelpreis M. 2.–
Heft 6/8. **Hellbronner, Dr. K., Utrecht.** Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Einzelpreis M. 3.–

SECHSTER BAND.

Heft 1. **Weygandt, Prof. Dr. W., Hamburg.** Leicht abnorme Kinder. Einzelpreis M. 1.–
Heft 2/3. **Schröder, Dr. P., Breslau.** Über chronische Alkoholpsychosen. Einzelpreis M. 1.80
Heft 4/5. **Stransky, Dr. Erwin, Wien.** Über Sprachverwirrtheit. Einzelpreis M. 2.5
Heft 6/7. **Weygandt, Professor Dr. W., Hamburg.** Über Idiotie. Einzelpreis M. 2.–
Heft 8. **Bumke, Privatdozent Dr., Freiburg i. B.** Was sind Zwangs-Vorgänge? Einzelpreis M. 1.20

SIEBENTER BAND.

Heft 1. **Aschaffenburg, Prof. Dr. G., Köln.** Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. Einzelpreis M. 1.6
Heft 2. **Moell, Prof. Dr. C., Berlin.** Die in Preußen gültigen Bestimmungen über die Entlassung aus den Anstalten für Geisteskranke. Einzelpreis M. 1.2
Heft 3. **Nolda, Prof. Dr. med. A., St. Moritz.** Über Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenkranke. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 0.5
Heft 4. **Saigo, Privatdozent Dr. J., Budapest.** Die forensische Bedeutung der sexuellen Perversität. Einzelpreis M. 1.2
Heft 5. **Laquer, Dr. med. Leopold, Frankfurt a. M.** Der Warenhausdiebstahl. Einzelpreis M. 1.–
Heft 6. **Bonhoeffer, Professor Dr. K., Breslau.** Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Einzelpreis M. 1.60
Heft 7. **Voß, Dr. G. v., Greifswald.** Der Hypnotismus, sein Wesen, seine Handhabung und Bedeutung für den praktischen Arzt. Einzelpreis M. 1.20
Heft 8. **Hoche, Prof. Dr. A., Freiburg i. B.** Notwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze. Einzelpreis M. 0.75

ACHTER BAND.

Heft 1. **Wilmanns, Privatdoz. Dr. K., Heidelberg.** Über Gefängnispsychosen. Einzelpreis M. 1.2
Heft 2/4. **Wieg-Wickenthal, Dr., Ordinarius a. d. n.-ö. Landesanstalt am Steinhof in Wien.** Zur Klinik der Dementia praecox. Einzelpreis M. 3.–
Heft 5. **Steyerthal, Dr., A., Kleinen.** Was ist Hysterie? Eine nosologische Betrachtung. Einzelpreis M. 1.5
Heft 6. **Heller, Dr. phil. Theod., Wien.** Schwachsinnigenforschung Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik. Einzelpreis M. 1.–
Heft 7. **Haymann, Dr. H., Freiburg i. B.** Kinderaussagen. Einzelpreis M. 1.–
Heft 8. **Pick, Prof. Dr. A., Prag.** Initialerscheinungen der zerebralen Arteriosklerose und kritische Erörterungen ihrer Pathogenese. Einzelpreis M. 0.75

NEUNTER BAND.

Heft 1. **Schultze, Prof. Dr. E., Greifswald.** Der Kampf um die Rente und der Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes. Einzelpreis M. 1.5
Heft 2. **Gierlich, Dr. med. Nic., Nervenarzt, Wiesbaden.** Symptomatologie und Differentialdiagnose der Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube. Einzelpreis M. 1.1
Heft 3. **Bethge, W., Halle a. S.** Der Einfluß geistiger Arbeit auf den Körper unter besonderer Berücksichtigung der Ermüdungserscheinungen. Einzelpreis M. 0.7
Heft 4. **Mugdan, Dr. Franz, Freiburg i. B.** Periodizität und periodische Geistesstörungen. Einzelpreis M. 3.–
Heft 5—7. **Laquer, Sanitätsrat Dr., Leop., Nervenarzt, Frankfurt a. M.** Die Heilbarkeit nervöser Unfallsfolgen. Einzelpreis M. 2.5
Heft 8. **Laquer, Sanitätsrat Dr. B., Wiesbaden.** Die Großstadt-Arbeit und ihre Hygiene. Einzelpreis M. 1.–

ZEHNTER BAND.

Heft 1. **Hauptmann, Privatdozent Dr. Alfred, Freiburg i. Br.** Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion. Einzelpreis M. 1.–
Heft 2. **Stern, Dr. Ludwig.** Kulturkreis und Form der geistigen Erkrankung. Einzelpreis M. 1.6
Heft 3. **Becker, Oberarzt Dr. Wern. H., Weilmünster.** Spezielle Prognose der Geisteskrankheiten. Einzelpreis M. 1.–
Heft 4. **Sommer, Prof. Dr. R., Geh. Med.-Rat, Gießen.** Öffentliche Ruhehallen. Einzelpreis M. 1.20
Heft 5. **Liepmann, Prof. Dr. phil. et med. H., Berlin.** Die „freie Selbstbestimmung" bei der Wahl des Aufenthaltsortes nach dem Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz. Einzelpreis M. 1.20
Heft 6. **Eulenburg, Geh. Medizinalrat Prof. Dr., Berlin.** Kinder- und Jugendselbstmorde. Einzelpreis M. 1.
Heft 7/8. **Roller, Dr. P., Chefarzt in Kropp.** Die Untersuchung des Geisteskranken. Einzelpreis M. 2.5

ELFTER BAND.

Heft 1. **Aronsohn, Dr. Oscar, Nervenarzt, Berlin.** Der psychologische Ursprung des Stotterns. Einzelpreis M. 1.–
Heft 2/4. **Weyert, Dr., Stabsarzt, Posen.** Militär-Psychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen. Einzelpreis M. 3.60
Heft 5. **Pick, Prof. Dr. A., Prag.** Der Krieg und die Reservekräfte des Nervensystems. Einzelpreis M. 1.–

Aus dem Festungshilflazarett II Ulm a. D.

Über die

Behandlung von Kriegsneurosen

Von

Dr. G. Liebermeister

Stabsarzt d. L. II

Halle a. S. 1917

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten

Begründet von

Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,

Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung

der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle Professor Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Binswanger in Jena, Geheimer Medizinal-Rat Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Geheimrat Prof. Dr. A. Hoche in Freiburg i. Br., Prof. und Direktor Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, San.-Rat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Med.-Rat Dr. Mayser in Hildburghausen, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden

herausgegeben von

Prof. D. O. Bumke,

Breslau.

Band XI, Heft 7.

Alle Rechte, insbesondere das
der Übersetzung, vorbehalten.

Die besonderen Verhältnisse des Kriegs haben uns in die Lage versetzt, teils prinzipiell neuartige Erfahrungen auf neurologischem Gebiet zu machen, teils alte Erfahrungen an einem ungeahnt großen und vielseitigen Krankenmaterial nachzuprüfen und zu erweitern. Die Erfahrungen, über die ich hier berichte, gehören zu der zweiten Gruppe. Ich übergebe sie der Öffentlichkeit, weil sie mir von praktischer Wichtigkeit zu sein scheinen, und weil ich immer wieder sehe, daß sie noch lange nicht derart Allgemeingut der Ärzte sind, wie das gerade in der jetzigen Zeit notwendig wäre.

Ich übernahm die Station am 1. März 1916 zunächst mit 98 Betten, die bald auf 115 Betten vermehrt wurden. Aus einer ursprünglich allgemeinen Station mit inneren und chirurgischen Kranken wurde allmählich eine innere Station, auf der die Nervenkranken immer mehr überwiegen. Außer den im Lazarett stationär behandelten Kranken werden mir täglich von den Ersatztruppenteilen und anderen Lazaretten Fälle zur neurologischen Untersuchung und teilweise zur ambulanten Behandlung zugeschickt. Die hier niedergelegten Erfahrungen stützen sich auf die ersten 500 von mir untersuchten und behandelten Fälle. Die erzielten therapeutischen Erfolge berechtigen dazu, die bei der Behandlung maßgebenden Gesichtspunkte eingehender zu besprechen, zumal da die Erfahrungen direkt bei der Überwindung der zahlreichen, der Heilung entgegenwirkenden Schwierigkeiten gewonnen sind.

Wenn ich wenig Literaturangaben mache, so hat das seinen Grund darin, daß diese Abhandlung direkt aus der praktischen Tätigkeit heraus entstanden und ihr größter Teil geschrieben ist, ehe ich die Literatur mir zugänglich machen konnte, und vor allem, daß ich ja keine besondere, etwa von mir erfundene Methode zur Heilung dieser Kranken geben will. Die neuere Literatur ist in den Sammelreferaten von Birnbaum vorzüglich zusammengestellt (Ztschr. f. d. ges. Psychiatr. u. Neurolog. 1915 und 1916). Es sind mir im Lauf der Jahre von den verschiedensten Seiten Anregungen zugeflossen, ich stehe aber in diesen Fragen unter einem sehr starken, weit

zurückliegenden Einfluß.[1]) Es wäre mir die größte Genugtuung, wenn es mir gelingen würde, alte und neue Anregungen für die großen Aufgaben unserer Zeit nutzbar zu machen.

Ich berichte nur über solche Fälle, über die ich eigene Erfahrungen habe. Mein Material ist einseitig, echte Psychosen fehlen fast ganz, auch die einzelnen Neurosen sind ungleich vertreten.

Allgemeine Gesichtspunkte.

„Eine Methode", nach der man alle funktionellen Kriegsneurosen schematisch behandeln könnte, gibt es nicht. Das Ziel einer möglichst raschen und dauerhaften Heilung erreichen wir dann, wenn wir die generellen und individuellen Faktoren, die die Heilung fördern und hemmen können, möglichst genau analysieren und therapeutisch nutzbar machen. Solche Möglichkeiten sind unzählbar. Wenn ich in dieser Richtung einige Fingerzeige zu geben versuche, will ich damit nur zeigen, wie man es machen kann, und dadurch zur Aufsuchung neuer Wege anregen. Ich möchte von vornherein davor warnen, sich auf eine bestimmte Methode einzuschwören, denn jeder einzelne Fall stellt an den Arzt, der nicht bloß Scheinheilungen erzielen will, neue Aufgaben des Denkens und der Energie.

Nicht jeder Arzt eignet sich zur Behandlung von Kriegsneurosen, und es muß betont werden, daß Ärzte, die sich nicht darauf verstehen, und deren Fähigkeiten auf anderem Gebiet liegen, sich nicht mit diesen in mancher Richtung schwierigen Fällen befassen dürfen. Die Fälle, die frisch und nichtbehandelt in unsere Hände kommen, sind oft außerordentlich leicht zu heilen, während falsch vorbehandelte Kranke unendliche Schwierigkeiten machen. Wir müssen daher von vornherein die Forderung aufstellen, daß die Kriegsneurosen möglichst frühzeitig in fachärztliche Behandlung kommen.

---

[1]) Vgl. Carl Liebermeister, Über Hysterie und deren Behandlung. Sammlung klin. Vorträge 1883 Nr. 236; Vorlesungen 2. Band. Leipzig 1886, Vogel; Pentzold-Stintzings Handb. der Therapie innerer Krankheiten. III. Auflage. Bd. V S. 79 ff.

Die Therapie muß sich zunächst auf die Kenntnis der psychologischen Vorbedingungen beim Soldaten aufbauen. Ich fand immer die Leute, die gedient hatten bezw. militärisch ausgebildet waren, kräftiger und körperlich und seelisch widerstandsfähiger als die später Eingezogenen. Die militärische Disziplin mit ihrer absichtlichen Nichtachtung individueller Regungen wirkt an sich der Entstehung psychogener Störungen entgegen, sie läßt sich auch zur Bekämpfung einmal entstandener funktioneller Störungen wirksam ins Feld führen. Gerade bei Willensschwachen ist die beim Militär anerzogene körperliche und die mit ihr parallel gehende seelische Disziplin von außerordentlich günstiger Wirkung, die sich auch therapeutisch ausnützen läßt.

Praktisch wichtig ist auch, daß der Soldat in das Lazarett gehen muß, dem er überwiesen wird, er muß sich von einem bestimmten Arzt behandeln lassen und muß dessen Anordnungen Folge leisten. Das gibt dem Arzt eine Macht über den Patienten in die Hand, die ihm bei den Fällen des Zivillebens auch nicht entfernt zur Verfügung steht. Ferner kann der Patient ein Heilverfahren, das ihm unangenehm ist, nicht ablehnen, wenn es sich ohne Eingriff in die körperliche Integrität durchführen läßt.

In diesem militärischen Zwang, dem der Kranke unterworfen ist, liegt aber zugleich eine um vieles größere Verantwortung des Arztes mitbegründet. Der Arzt, der gegen den Willen des Patienten ein Heilverfahren an diesem durchführt, ist doppelt verpflichtet, sich immer wieder Rechenschaft darüber zu geben, ob die Behandlungsweise auch die richtige ist, und ob er dem Kranken dadurch nicht mehr zumutet, als ihm nach seinem Kräftezustand zugemutet werden darf.

Diese wenigen Andeutungen mögen vorläufig genügen, um daran zu erinnern, daß in den militärischen Verhältnissen besondere Faktoren begründet sind, die sich therapeutisch nutzbar machen lassen. Die Erfahrung lehrt, daß in den Lazaretten, die den militärischen Geist in richtiger Weise therapeutisch verwerten, die wenigsten Kriegsneurosen entstehen und die meisten Kriegsneurosen geheilt werden. [2])

[2]) Übereinstimmend mit Hellpach, Med. Klinik 1915 Nr. 44 S. 1207, Bittorf, Münch. med. Wochenschr. 1915 S. 1029, u. a.

Ebenso wichtig ist die Kenntnis der Seelenverfassung bei dem Feldsoldaten.[3])

Im allgemeinen sind bei ihm die Gemeinschaftsgefühle stärker ausgebildet als bei dem Heimatsoldaten. Er hat in viel stärkerem Maß gelernt, sich in widrige und unangenehme Verhältnisse zu fügen, seine Persönlichkeit im Dienst für die Allgemeinheit aufgehen zu lassen und für Heimat und Familie zu kämpfen. Der Arzt, der längere Zeit an der Front war, kennt aber auch die Zustände von reizbarer Seelenschwäche, die sich als Folge der dauernden Anspannung an der Front einstellen, das außerordentliche Bedürfnis nach Ruhe bei mangelnder Fähigkeit, zur Ruhe zu kommen, die starke Herabsetzung der Alkoholtoleranz, die krankhafte Neigung zu Disziplinwidrigkeiten, die krankhafte Überempfindlichkeit des Ehrgefühls, die seelischen Hemmungen, die Gedächtnisschwäche usw. Der Arzt kennt auch die seelischen Nöte der älteren Feldsoldaten, die lange von ihrer Familie getrennt sind und hören, wie zu Hause das und jenes Schwere sich ereignet, ohne daß sie helfen können, er kennt auch den seelischen Zustand der Verwundeten, die zunächst froh, schweren Gefahren entronnen zu sein, für jeden seelischen und körperlichen Hilfedienst dankbar sind, aber in dem gleich zu besprechenden kritischen Stadium der Rekonvaleszenz mancherlei seelischen Gefahren ausgesetzt sind.

Auch ist es wichtig, zu bedenken, daß bei der langen Dauer des Kriegs die Opferwilligkeit und der intensive Drang der Verwundeten und im Feld Erkrankten, wieder möglichst rasch an die Front zu kommen, lange nicht mehr so häufig zu finden ist wie im Anfang, und daß der Arzt jetzt — nicht bloß bei Mannschaften — oft große Mühe hat, diese idealeren Gefühle zu wecken, während kleinlich egoistische Seelenverfassungen viel häufiger angetroffen werden, bei deren Trägern nichts mehr von einem höheren Schwung und von Gemeinschaftsgefühlen zu finden ist.

Schon hier sei auf einen Punkt hingewiesen, der besonders für den Lazarettarzt wichtig ist, auf das kritische Stadium der Rekonvaleszenz bei Verwundeten und Erkrankten.

Wie in der Rekonvaleszenz von schweren akuten Krankheiten ein kritisches Stadium auftritt, in dem neben den Zeichen der körperlichen und seelischen Asthenie die ungleiche und unharmonische Regeneration der körperlichen und geistigen Funktionen sich unangenehm bemerkbar macht, so finden wir auch in der Rekonvaleszenz der Erkrankungen und der Verwundungen im Krieg dieses kritische

---

[3]) Wittermann, Baden-Badener Versammlung südwestdeutscher Psychiater usw. 1915.

Stadium: Die Krankheit oder Verwundung ist geheilt oder auf dem Weg der Besserung, und die Kräfte beginnen wiederzukehren, aber durch ungleiche Regeneration entsteht eine Disharmonie in den höheren und niederen psychischen und den Körperfunktionen.

Es ist von Wert, wenn man die Gesetze der funktionellen Restitution im kritischen Stadium kennt. Die Restitution der seelischen Funktionen beginnt da, wo in gesunden Tagen der Schwerpunkt des Seelenlebens beim einzelnen lag. Dazu kommt, daß ganz gesetzmäßig solche Funktionen, deren Restitution einmal begonnen hat, sich einseitig weiter erholen, ehe die Erholung anderer Funktionen einsetzt.

Bei höherstehenden Menschen, bei denen durch andauernde Selbsterziehung auf Grund entsprechender endogener Veranlagung die höheren psychischen Funktionen eine solche Macht über die niederen psychischen Funktionen erlangt haben, daß diese in normalen Zeiten auch unter der Schwelle des Bewußtseins von jenen beherrscht werden, wird sich das Wahrnehmen, Denken und Wollen in der Rekonvaleszenz einseitig regenerieren. Es bildet sich dadurch der für die Patienten außerordentlich quälende Zustand heraus, daß eine schwerempfundene Disharmonie zwischen den höheren psychischen Funktionen und der durch die körperlichen Kräfte bedingten Leistungsfähigkeit entsteht. Solche Menschen sind in diesem Zustand unter Umständen schon zu ganz hervorragenden Einzelhöchstleistungen fähig, laufen aber Gefahr, bei an sich nicht sehr anstrengenden Dauerleistungen bald wieder zusammenzubrechen. Unter Anspannung der höchsten psychischen Funktionen können sie vieles leisten, was der Normalmensch unter der Schwelle des Bewußtseins und mehr triebartig schafft; sie arbeiten daher mit einem abnorm hohen Kräfteverbrauch, dem ein abnorm niedriger Kräftevorrat entgegensteht, so daß ein fehlerhafter Zirkel und damit ein jäher nochmaliger Zusammenbruch mit Naturnotwendigkeit eintreten muß.

Unsere ärztliche Aufgabe wird hier darin bestehen müssen, durch richtig differenzierte und abgestufte übende Behandlung die körperlichen Funktionen so zu kräftigen, daß das bestehende Mißverhältnis ausgeglichen wird, und zugleich zu verhüten, daß solche Patienten, die ihr kategorischer Imperativ mit aller Macht hinaustreibt, nicht zu früh wieder ins Feld kommen.

Bei anderen Patienten, bei denen im gesunden Leben schon das Triebleben über die höheren psychischen Funktionen überwog

— es ist das die Mehrzahl—, wird sich gerade im kritischen Stadium der Rekonvaleszenz ein noch stärkeres Überwiegen des Trieblebens gegenüber den höheren psychischen Funktionen ausbilden; daher neigen die Patienten besonders zu funktionellen Störungen, und es hängt oft nur von äußeren „Zufälligkeiten" ab, in welcher Form die Hysterie manifest wird.

Aus dem Überwiegen des Trieblebens über die höheren psychischen Funktionen ergibt sich auch das Verständnis der sexuellen Frage bei den Rekonvaleszenten in Lazaretten.

Auch die Erfahrungstatsache ist leicht zu verstehen, daß gerade bei Schwerverwundeten, besonders solchen, die z. B. eine Extremität verloren haben, das kritische Stadium erst spät sich bemerkbar macht, und daß bei diesen Patienten nachträglich auftretende psychogene Störungen nicht so häufig sind wie bei Leichtverwundeten. Ebenso leicht ist es zu verstehen, daß bei solchen Patienten, die außerordentlich lange durch eine Verletzung zum Stillhalten verurteilt sind, die an sich den Körper im ganzen nicht sehr in Mitleidenschaft zieht, durch das Mißverhältnis zwischen körperlicher Leistungsfähigkeit und Betätigungsmöglichkeit schwere Störungen in der Korrelation der psychischen Funktionen entstehen können.

Daß gerade leichtere Verletzungen schwere psychogene Störungen nach sich ziehen können, dazu trägt eine Menge von Umständen bei, von denen ich nur die wichtigsten andeuten möchte.

Zunächst kommt die ärztliche Tätigkeit in Betracht. Es gibt wohl für Menschen, die mit Leib und Seele Arzt sind, kaum etwas Schöneres als die Aufgabe, verwundete und erschöpfte Krieger mit aller Sorgfalt zu betreuen und der Gesundheit zuzuführen. Es gibt aber manche Ärzte, die vergessen, daß je leichter die Verwundung ist, um so mehr die ärztliche Aufgabe darin bestehen muß, nicht bloß die Verwundung, sondern den Verwundeten zu behandeln. Wird ein Leichtverwundeter mit der gleichen Zartheit und Weichheit behandelt, wie sie bei Schwerverwundeten das einzig richtige ist, so entsteht die Gefahr, daß er sich in die Rolle des Schwerverwundeten und dauernd Geschädigten hineinlebt, und da für diese Rolle eine körperliche Unterlage fehlt, entwickeln sich auf Grund der vom Arzt mitverschuldeten psychischen Weichheit im kritischen Stadium der Rekonvaleszenz nur zu leicht psychogene Symptome. Noch ungünstiger ist in dieser Richtung die Einwirkung des Publikums. Leicht bildet sich

auf dieser Basis eine ungesunde Selbstberäucherung als Kriegsinvalide und ein vermeintliches Märtyrertum heraus, das der Heilung sehr hinderlich im Wege steht.

Diesen krankhaften Richtungen des Seelenlebens muß der umsichtige Arzt mit allen zu Gebot stehenden Mitteln entgegentreten. Er muß den richtigen Mittelweg finden, auf der einen Seite den Verwundeten den Lazarettaufenthalt möglichst angenehm zu gestalten und doch dafür zu sorgen, daß nicht falschgerichtete fremde und Autosuggestionen die Genesung verzögern und psychogene Symptome erzeugen. In diesem kritischen Stadium der Rekonvaleszenz, auf das besonders auf chirurgischen Stationen viel mehr geachtet werden müßte, lassen sich tausende von funktionellen Störungen verhüten, deren spätere Beseitigung oft große Schwierigkeiten macht. Zum mindesten müßten die ersten Zeichen von Koordinationsstörung zwischen höheren und niederen psychischen Funktionen gleich erkannt und beseitigt werden.

Einen besonders wichtigen Faktor in dieser Richtung stellen auch die Angehörigen und „Freunde" der Verwundeten und Kranken dar. Eine große Zahl deutscher Frauen haben die Größe dieser Zeit mit bewundernswertem Heldenmut erfaßt: sie haben es dadurch ihren Angehörigen erleichtert, die vaterländische Pflicht mit den in ihnen vorhandenen Kräften voll und ganz zu erfüllen, rasch gesund zu werden und wieder ins Feld zu gehen. Auch echte Freundschaft hat in dieser Richtung oft Hervorragendes geleistet.

Aber nicht weniger zahlreich sind die Fälle, in denen Angehörige und Freunde sich nicht zu diesem Heldenmut emporschwingen konnten, sondern durch zu starkes Bemitleiden und durch Erweckung und Befestigung von Begehrungsvorstellungen die Heilung der ihnen nahestehenden Krieger gehemmt haben, ohne zu bedenken, daß sie damit ihre körperlich geheilten Angehörigen zu seelischen Krüppeln machen. Oft neigen nach Popularität haschende Politiker dazu, sentimentale Gefühle und Stimmungen zu unterstützen. Auch auf das Pflegepersonal ist in dieser Richtung zu achten. Es wird später angedeutet werden, in welcher Weise etwa sich solchen ungünstigen Suggestionen entgegenwirken läßt.

Eine weitere Schädigung, der die Verwundeten in manchen Lazaretten ausgesetzt sind, wird durch unnötig beschaffte Apparate gebildet. So segensreich die frühzeitige Beschaffung von Apparaten bei organisch bedingten Bewegungsstörungen wirkt, so sehr können solche Apparate bei funktionellen Bewegungsstörungen die Heilung verzögern und stören: hier unterstützen häufig die angeschafften Apparate die Fixierung der Bewegungsstörung.

Endlich sei als häufig ungünstig wirkendes Moment die zu lange Dauer der Lazarettbehandlung und besonders der Ruhebehandlung angeführt. Das kritische Stadium der Rekonvaleszenz ist der Zeitpunkt, zu dem die Ruhebehandlung in eine übende Behandlung im weitesten Sinn des Wortes übergeführt werden muß. Wird dieser Zeitpunkt verpaßt, so stellen sich oft psychogene Störungen ein, die, wenn sie nicht richtig erkannt werden, sich bei weiterer Lazarettbehandlung leicht festsetzen und verschlimmern.

Untersuchung.

Als erster Grundsatz hat zu gelten: keine Behandlung ohne möglichste Sicherstellung der Diagnose.

Das Hauptgewicht der Untersuchung ist darauf zu legen, daß festgestellt wird, wie viele von den Störungen organisch und wie viele funktionell bedingt sind. Die Aufmerksamkeit muß sich vor allem auf objektive Symptome lenken, Verhalten der Reflexe, Atrophien, Augenhintergrund usw., zur Untersuchung auf subjektive Symptome ist eine präzise Indikationsstellung notwendig. Bei Verdacht auf funktionelle Störungen sei man doppelt vorsichtig in der Feststellung subjektiver Symptome. Einige Beispiele mögen genügen:

Ist eine organische Lähmung an irgendeiner Stelle festgestellt, so ist auch die dazu gehörige Sensibilitätsprüfung zu machen, weil sie weitere Aufschlüsse über die Art, Ausbreitung und Prognose der Bewegungsstörung geben wird. Ebenso wird eine genaue Sensibilitätsprüfung bei dem geringsten Verdacht auf Tabes, Syringomyelie u. dgl. vorzunehmen sein. Dagegen ist die Sensibilitätsprüfung zu unterlassen, wenn funktionelle Störungen vorhanden sind und nicht direkt über Sensibilitätsstörungen geklagt wird. Ich habe viele Sensibilitätsstörungen zu behandeln gehabt, die den Patienten keinerlei Beschwerden gemacht hatten und vielfach erst durch die genaue Untersuchung in Erscheinung getreten waren. Funktionsprüfungen der Augen, Ohren usw. lasse man nur vornehmen, wenn über Störungen von seiten dieser Organe geklagt wird, oder wenn für diese Untersuchungen eine besondere Indikation besteht.

Man halte sich immer vor Augen, wie wenig wichtig z. B. bei Hysterien das Einzelsymptom an sich ist. Man be-

denke, daß häufig ein gewisser Antagonismus zwischen subtiler Symptomatologie und Therapie besteht, daß es wichtig ist, den Patienten nicht auf vorher nicht bemerkte Symptome aufmerksam zu machen oder gar durch die Untersuchung erst neue Symptome zu provozieren. Man begnüge sich hier, wenn nicht besondere Gründe vorliegen, mit der Feststellung, welche von den in Erscheinung getretenen Symptomen eine besondere Behandlung notwendig machen und welche voraussichtlich bei entsprechender Allgemeinbehandlung von selbst verschwinden werden.

Man halte sich ferner vor Augen, daß jedes am Krankenbett gesprochene Wort suggestiv auf den Patienten wirkt, und daß jedes am Krankenbett gesprochene Wort, ja jede Bewegung des Arztes therapeutisch nutzbar gemacht werden muß. Man vermeide vor allem am Krankenbett populärmedizinische Erörterungen, die nach meinen Erfahrungen schon sehr oft geschadet und niemals etwas genützt haben. Der Patient merkt auch ohne das, ob der ihn behandelnde Arzt fähig ist oder nicht.

Bei psychogenen Erkrankungen ist viel wichtiger als die Feststellung einzelner an sich unwichtiger Symptome das Sicheinfühlen des Arztes in die Psyche des Kranken. Auch das muß so geschehen, daß der Patient es womöglich gar nicht merkt.

Bei der Diagnosenstellung genügt es nicht, einen Namen für die Krankheit zu finden, es ist notwendig, ihrer Entstehungsweise im Einzelfall genauer nachzugehen, weil aus ihr sich oft wichtige therapeutische Konsequenzen ergeben. Ein infolge einer Granatexplosion bei einem an sich Gesunden entstandener Schütteltremor ist z. B. ganz anders zu bewerten als ein solcher bei einem endogen belasteten, bei der Reichsmusterung eingezogenen Heimatsoldaten oder als ein solcher bei einem sonst gesunden Heimatsoldaten, der mehr oder weniger bewußt, sich hinter dieses Symptom flüchtet, um nicht ins Feld geschickt zu werden.

In manchen Fällen ist die Entscheidung, ob nicht Simulation oder Kumulation vorliegt, recht schwierig, ebenso, ob eine

schwere organische oder eine funktionelle Störung vorliegt.

So kann z. B. ein beginnender Hirntumor oder eine beginnende Hirn- und Rückenmarksklerose unter Umständen schwer von einer Hysterie zu unterscheiden sein und umgekehrt. In anderen Fällen klagen die Kranken über Bluthusten oder Blutbrechen. Meist gibt schon die Art, in der die Patienten das Vorkommnis melden, über den Grad der Echtheit der Angaben Aufschluß. Wenn z. B. ein Tuberkulöser eine Hämoptoe bekommt, so wird aus der Ängstlichkeit, mit der er dem Arzt das Ereignis mitteilt, schon zu erkennen sein, daß es sich um eine echte Hämoptoe handelt. Sicheren Aufschluß gibt hier oft das Verfahren der differentialdiagnostischen Prognosenstellung am Krankenbett. Der Kranke, dessen Psyche gesund und dessen Körper schwer krank ist, hat den intensiven Wunsch gesund zu werden. Sagt der Arzt nach gründlicher Untersuchung, die Sache sehe wohl beunruhigend aus, sei aber nicht gefährlich, so wird der Schwerkranke sofort erkennen lassen, daß er sich an jeden Strohhalm, der Hoffnung zu geben scheint, anklammert und froh ist, daß nichts Gefährliches vorliegen soll; er läßt sich sogar ev. gern günstige Aussichten vortäuschen, an die er selbst vielleicht im Grund nicht glaubt. Der Hysteriker dagegen wird eher unzufrieden sein, daß der Arzt die Beschwerden für ungefährlich hält, er betont die Schwere seiner Krankheitserscheinungen mit Wohlbehagen, er sorgt mit einer gewissen Verliebtheit in seine Symptome dafür, daß seine Umgebung auch alles genau erfährt, und ergeht sich bei der Schilderung seiner Beschwerden in jener bekannten schwül-wollüstigen Phantasie, die den gesund empfindenden Arzt, wenn er müde gearbeitet ist, zur Verzweiflung bringen kann. — Ein an echter Taubheit leidender Patient würde sehr froh sein, wenn ihm Heilung in Aussicht gestellt werden könnte, während der an hysterischer Taubheit Leidende sich über diese Aussicht nicht freut. Selbstverständlich wird der Arzt sein Urteil nicht auf die Wortäußerungen der Patienten, sondern auf deren innere seelische Reaktion gründen, die gerade beim Hysteriker häufig nicht mit den Worten übereinstimmt.

Bei einzelnen besonders gearteten Fällen kann sich auch aus der Reaktion auf eine ungünstige Prognosenstellung die Differentialdiagnose stellen lassen; doch ist bei diesem Verfahren große Vorsicht geboten.

Ferner wird die Differentialdiagnose häufig unterstützt durch Beobachtung der psychischen Reaktion auf die Behandlung. Wenn der ernsthaft organisch Kranke mit großer Sorgfalt und zarter Rücksichtnahme behandelt und gepflegt wird, so wird er sich seinerseits auch Mühe geben, nicht mehr Arbeit zu machen und nicht mehr zu klagen, als notwendig ist. Der Kranke, der aus Mangel an Erziehung sich anders verhält, wird einem ruhigen, aufklärenden Zuspruch des Arztes zugänglich sein. Auf den Hyste-

riker wirkt zarte Rücksichtnahme und tiefes Mitgefühl oft in der Richtung, daß die Krankheitserscheinungen sich immer mehr steigern, daß der Patient sich immer mehr gehen läßt, unleidlicher wird, und daß die innere Differenz zwischen Krankheitserscheinungen und eigentlicher Schwere der Erkrankung immer augenfälliger und absurder wird. Ich halte gerade von der Methode der differentialdiagnostischen anfänglichen zarten Rücksichtnahme sehr viel, weil man bei vorliegender schwerer Krankheit von vornherein die richtigen Maßnahmen ergriffen hat, während nach Feststellung der funktionellen Natur der Erkrankung die neu einzuschlagende Therapie durch Kontrastwirkung nur um so eindrucksvoller und erfolgreicher wird.

Die Ausnützung der Tatsache, daß sich ein ernsthaft Kranker, um geheilt zu werden, auch einer unangenehmen und an sich schmerzhaften Behandlung gern unterzieht, ist nur bei solchen Krankheiten zulässig, die heilbar und keinesfalls lebensgefährlich sind; hier kann die Differentialdiagnose aus der Reaktion auf unangenehme Behandlungsmethoden sehr gute Aufschlüsse geben. Man muß aber selbstverständlich in der Indikationsstellung besonders vorsichtig sein.

Ich benutze dieses Verfahren besonders bei veralteten Fällen von „Ischias", „chronischem Gelenk- und Muskelrheumatismus" (s. u.). Ein Beispiel sei schon hier angeführt.

Ein Patient leidet angeblich seit vier bis fünf Monaten an Ischias, von der nicht mit Sicherheit zu entscheiden ist, ob sie zurzeit noch in solcher Stärke fortbesteht, daß sie noch einer Behandlung bedarf. In meiner Ziviltätigkeit rate ich in hartnäckigen Fällen unbedingt zur Vornahme der Langeschen Novokain-Kochsalz-Injektion in die Nervenscheide. Das Verfahren macht den Patienten zunächst mehr oder weniger starke Schmerzen, die aber im Verhältnis zu den mit einer schweren Ischias verbundenen gering sind und gern ertragen werden. Die Patienten mit schwerer Ischias sind dankbar für diese Behandlungsmethode und verlangen häufig ihre Wiederholung, weil sie Linderung schafft und sehr häufig zur Heilung führt. Ein Patient mit einer leichten oder schon abgeheilten Ischias findet, daß die Schmerzhaftigkeit der Behandlung im Verhältnis zu den Schmerzen, die sie beseitigen sollte, zu groß sei. Es ergibt sich in diesem Falle also, daß die Schmerzen des Patienten geringer sind als die mit der Injektion verbundenen Schmerzen. Vorbedingung ist natürlich, daß man die Methode beherrscht und wirklich in die Nervenscheide und nicht daneben injiziert. In ähnlichem differentialdiagnostischem Sinn läßt sich oft der faradische Strom verwerten. Die psychische Reaktion der Patienten ist auch hier ein guter Gradmesser für die Beschwerden und für den Wunsch nach Gesundheit.

Auch bei funktionellen Herz- und Magenstörungen, bei denen eine organische Komponente nicht mit Sicherheit auszuschließen ist,

empfiehlt es sich, auch im Interesse der Diagnosenstellung, zunächst so zu behandeln, als lägen organische Störungen vor.

Am häufigsten wende ich zur Diagnosenstellung das rein abwartende Verfahren an, bei dem zugleich auf die später einzuleitende Behandlung suggestiv vorbereitet wird.

Prognose.

Es scheint in Ärztekreisen noch längst nicht allgemein bekannt zu sein, wie häufig im Krieg funktionelle Störungen vorkommen. Noch weniger scheint die Erkenntnis allgemein durchgedrungen zu sein, daß die Prognose bei den funktionellen Störungen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle günstig zu stellen ist.

Die Idealforderung muß für uns die sein, daß alle funktionellen Störungen geheilt werden. Daß dieses Ideal nicht erreicht wird, hat verschiedene Ursachen, die zum Teil schon oben berührt wurden.

Trotz dieser Einschränkungen muß uns bei unseren praktisch therapeutischen Entscheidungen die prinzipielle Heilbarkeit der funktionellen Störungen immer vor Augen stehen. Wo wir dieses Ziel nicht erreichen, müssen wir uns immer fragen, ob nicht Mängel in unserer ärztlichen Behandlung daran schuld sind. Je höher wir uns das Ziel unserer Therapie stecken, um so weiter bleibt das praktisch Erreichte hinter diesem Ziel zurück, um so größer ist aber die absolute Höhe des Erreichten.

Zweifellos ist die Prognose um so günstiger, je früher die Patienten in fachmännische Behandlung kommen, und je weniger sie vorher Behandlungsversuchen mit negativem Resultat ausgesetzt waren. Aber wir dürfen auch bei veralteten und vielfach vorbehandelten Fällen nicht mit der Behandlung aufhören, solange wir noch nicht alle Mittel erschöpft haben. In besonderem Maß ist die Prognose von der Persönlichkeit des behandelnden Arzts abhängig.

Große Bedeutung kommt auch der Prognosenstellung in der Richtung zu, bis zu welchem Grad eine Besserung oder

Heilung möglich ist, und ob die Heilung eine vollständige und dauernde oder eine unvollständige und vorübergehende ist, ferner, für welche Dienstleistungen der Behandelte voraussichtlich zu brauchen sein wird, ohne rückfällig zu werden.

Behandlung.

Das Ziel der Behandlung besteht darin, das bei der Prognosenstellung als im günstigsten Fall erreichbar Festgestellte in die Tat umzusetzen. Sie hat auch nach Möglichkeit dafür zu sorgen, daß der Einzelfall nach Abschluß der Behandlung in solche Verhältnisse kommt, in denen seine Kräfte am nutzbringendsten für die Allgemeinheit verwendet und Rückfälle der Krankheit verhütet werden.

Die Therapie muß sich den einzelnen Krankheitsbildern anpassen, ebenso aber auch den individuellen Verhältnissen der Patienten Rechnung tragen.

Das letztere steht in einem gewissen Widerspruch mit dem Geist der militärischen Erziehung, muß aber trotzdem bei der Verschiedenartigkeit der zu behandelnden Menschen im Auge behalten werden. Auf der anderen Seite ist ein gewisser Schematismus der Psyche des Soldaten verständlich.

Außerordentlich wichtig ist es, im Einzelfall von vornherein festzustellen, wieweit eine Behandlung einzelner Symptome neben der Allgemeinbehandlung notwendig ist. Es ist zu bedenken, daß durch die symptomatische Behandlung häufig die Aufmerksamkeit des Patienten erst auf das Symptom fixiert wird, daß dann die in den Kranken vorhandenen konträren autosuggestiven Vorstellungen unter Umständen sich ebenfalls auf dieses Symptom fixieren und so die Heilung außerordentlich erschweren können. Ich versuche daher, wo es irgend möglich ist, mit der Allgemeinbehandlung auszukommen, bei der oft die Einzelsymptome von selbst verschwinden.

Für die Dauer der Behandlung sind zwei Gesichtspunkte maßgebend: die Kranken müssen solange behandelt werden, bis das Erreichbare erreicht ist und Rückfälle nicht mehr sehr wahrscheinlich

sind. Der andere Gesichtspunkt ist der, daß jeder Tag, den ein Patient länger als nötig im Lazarett verweilt, das Wiedereinarbeiten in den Dienst erschwert.

Die Behandlung der Kriegsneurosen ist eine Suggestionsbehandlung. Alle Heilfaktoren, die wir im einzelnen zur Anwendung bringen, müssen unter diesem Gesichtspunkt angewandt und mit der nötigen suggestiven Marke versehen werden.

Die Methode der Suggestion, die im Einzelfall anzuwenden ist, ist verschieden je nach der Individualität des Patienten und besonders des suggerierenden Arztes. Ich versuche hier die Methoden zu beschreiben, die mir persönlich gute Erfolge ergeben haben, ich bin mir aber darüber klar, daß andere Ärzte unter Umständen mit anderen Methoden die gleichen Resultate erzielen werden.

Wie ich auf die Allgemeinbehandlung mehr Gewicht lege als auf die Behandlung des Einzelsymptoms, so wende ich die Suggestion hauptsächlich von pädagogischen und ethischen Gesichtspunkten aus an. Dabei knüpft in der praktischen Ausführung die Suggestionsbehandlung möglichst an die militärische Disziplin an.

Ich unterscheide die Individualsuggestion und die Massensuggestion.

Je weniger Fälle von Neurosen man zu behandeln hat, um so mehr wird man mit Individualsuggestion arbeiten müssen. Je zahlreicher diese Fälle sind, um so mehr ist die Massensuggestion am Platz, die vielfach die Therapie außerordentlich erleichtert, um so mehr, weil sie an die militärische Erziehung, diesen Typus der Massensuggestion, anknüpft.

Zu der bewußten und systematischen Einführung der Massensuggestion bin ich von verschiedenen Gesichtspunkten aus gekommen. Es liegt an sich nahe, wenn man sehr viele ähnliche Fälle zu behandeln hat, deren Suggestivbehandlung im einzelnen sehr anstrengend ist, diese dadurch zu vereinfachen und zu erleichtern, daß man Gruppen gleichartiger Fälle gemeinsam behandelt.

Wenn man ferner beobachtet, wie oft ein einzelner Fall, dessen Heilung keine Fortschritte macht, die Behandlung anderer ähnlicher Fälle außerordentlich erschwert, so muß man ver-

suchen, ob sich nicht auch die positive Kehrseite dieser Erfahrung therapeutisch nutzbar machen läßt.

Ferner ist es notwendig, gegen die ungünstigen Suggestionen, die von Kameraden, Verwandten, guten Freunden der Patienten ausgehen und sich im einzelnen nicht verhüten lassen, ein suggestives Gegengewicht zu schaffen, um so mehr, als die Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Lazarett diesen ungünstigen Suggestionen ja doch immer wieder ausgesetzt sind. Von außerordentlich günstiger Wirkung im Sinn der Massensuggestion ist es, wenn man auf der Station immer einige Fälle hat, die nach sehr langem Frontdienst direkt aus dem Feld ins Lazarett kommen.

So gut in früheren Zeiten auf dem Weg der Massensuggestion epidemische Tanzkrämpfe ganzer Ortschaften entstanden sind, so gut heutzutage noch ein Wahlredner durch einige, unter Umständen ganz fadenscheinige Schlagworte große Massen in der ihm genehmen Richtung beeinflußt, so gut ein tapferer Offizier oder ein Soldat seine Kameraden im Sturm mit fortreißt, ebenso muß es gelingen, und gelingt es, jeden individuellen Besserungs- und Heilerfolg als Massensuggestion auf andere zur Wirkung zu bringen, so daß sie andere Individualerfolge nach sich zieht und eine „Gesundungsepidemie" herbeiführt. Das spart Kräfte bei Arzt und Kranken.

Endlich sei noch ein Beispiel aus anderem Gebiet angeführt: Ein Patient, dem ich über ein psychisches Hindernis hinweghelfen will, scheut vor dem Hindernis ähnlich wie ein Pferd, das zum ersten Mal über einen Graben springen soll. Ich bringe ein Pferd, das gesunde Beine hat, über den Graben, aber die Individualsuggestion, die zum Erfolg führt, ist für Pferd und Reiter sehr wenig angenehm. Sind mehrere Pferde beisammen, von denen einige vor dem Hindernis ausbrechen, so wird das nicht zugerittene Pferd erst recht nicht über den Graben zu bringen sein. Sind aber mehrere Pferde beisammen, die das Hindernis leicht nehmen, so wird das Pferd, das noch nie gesprungen ist, ihnen folgen.

Es gelingt nun verhältnismäßig leicht, die Massensuggestion, die, wenn sie nicht richtig geleitet wird, zu einem die Heilung funktioneller Störungen sehr hemmenden Circulus vitiosus auf der Station führen kann, bewußt in die Bahnen eines Circulus sanus umzuleiten.

Besteht auf der Station ein Circulus vitiosus, so behandelt man am besten bis zur genauen Einfühlung in die einzelnen Fälle im allgemeinen rein exspektativ und greift einige wenige Fälle zur energischen Suggestivbehandlung heraus, Fälle, bei denen man sicher ist, daß sie heilbar sind, und bei denen man die Heilung unter allen Umstän-

den auch durchsetzt, etwa einige Leichtkranke mit schlechtem Gesundungswillen, die so scharf angefaßt werden, daß sie nach kurzer Zeit erklären, wieder dienstfähig zu sein, einige prognostisch günstige Hysterien: Aphonie, Anästhesien usw.

Die scharf angefaßten Leichtkranken sorgen dafür, daß draußen die Station wegen „rücksichtsloser" Behandlung bekannt wird, so daß die Neuaufnahmen durch „zufällige" Suggestion wohlvorbereitet auf die Station kommen. Das Interesse des Stationsarztes muß hier gegenüber dem Interesse der Allgemeinheit insofern zurücktreten, als man am besten auch direkt falschen Gerüchten über die Härte der Behandlung nicht zu sehr entgegentritt. Denn schon die Existenz einer Station, auf der die Patienten, wo es nötig ist, energisch angefaßt werden, wirkt an einem Garnisonort auch außerhalb des Lazaretts der Entstehung psychogener Störungen vorbeugend entgegen.

Es ist aber aus naheliegenden Gründen zweckmäßig, wenn der Arzt, der in den Fall kommt, scharf auftreten zu müssen, seine militärärztliche Tätigkeit nicht am Ort seiner Zivilpraxis ausübt. Es wird ihm dadurch erleichtert, seine persönlichen Interessen hinter denen der Allgemeinheit zurücktreten zu lassen.

Zugleich sorgt man dafür, daß immer einige geheilte oder auf fortschreitender Besserung befindliche Fälle auf der Station sind, die erst dann entlassen werden, wenn der nächste ähnliche Fall auch schon auf dem Weg der Besserung ist. Die neuaufgenommenen Fälle werden möglichst mit gleichartigen Fällen zusammengelegt, bei denen es schon vorangeht. So wird dafür gesorgt, daß der Faden nicht mehr abreißt, der die Patienten nach der Seite der Heilung hinziehen soll, was um so leichter gelingt, je mehr Aufnahmen auf die Station kommen.

Besonders schlimme Fälle mit ausgesprochenem schlechtem Willen zur Gesundheit neben deutlichen Krankheitserscheinungen werden zunächst isoliert, dann nach Erreichung kleinerer Erfolge, wenn es im Interesse der Massensuggestion geboten erscheint, entlassen oder verlegt, andere später wieder mit positiven Fällen zusammengebracht und der Heilung zugeführt. Bei ganz vereinzelten besonders renitenten Fällen hat eine leichte Disziplinarstrafe sowohl in der Richtung der Individual- als der Massensuggestion gute Wirkung gehabt.

Bei Störungen, die so selten sind, daß der die Heilung nach sich ziehende Faden der Massensuggestion unterbrochen ist, sorge

ich, daß der neuankommende Patient in das gleiche Zimmer gelegt wird, in dem ein ähnlicher, in Heilung ausgehender Fall gelegen war. Der Neuaufgenommene erfährt dann ohne mein Zutun „zufällig" von dem früheren gleichartigen Fall, und der Faden ist auf diese Weise wieder angeknüpft.

Bei Fällen, bei denen früher sehr energische Maßnahmen zur Erzielung des Erfolgs nötig waren, stellt sich die Heilung jetzt manchmal allein auf Grund der Massensuggestion ein: in vielen anderen Fällen habe ich „Fernwirkung" therapeutischer Maßnahmen erzielt, von deren Wirksamkeit und Unannehmlichkeit die Patienten von ihren Kameraden erfahren hatten.

Ich hatte früher die Sorge, es könnte durch die Anhäufung vieler funktioneller und psychogener Störungen auf einer Station die Heilungsmöglichkeit beschränkt werden. Diese Sorge hat sich seit der bewußten und systematischen therapeutischen Ausnützung der Massensuggestion in ihr Gegenteil verkehrt: je mehr gleichartige funktionelle Fälle, um so leichter die Behandlung und um so besser die Heilungsaussichten. Dagegen sah ich öfters eine ungünstige Einwirkung echter Psychosen auf Kriegsneurosen.

Wegen der Gefahr der psychischen Ansteckung lege ich Fälle mit hysterischen Anfällen nicht mit anderen funktionellen Störungen zusammen, dagegen vereinige ich sie, eben vom Gesichtspunkt der Massensuggestion aus, gern unter sich. Auch hier zieht eine Heilung andere nach sich: oft wirken auch die hysterischen Anfälle des einen Kranken direkt abschreckend auf andere gleichartige Kranke.

Auch dieser Gesichtspunkt, daß das Zerrbild der eigenen Störungen auf die Patienten abschreckend wirkt, konnte therapeutisch nutzbar gemacht werden.

So befanden sich z. B. zwei Neurastheniker auf der Station, die sich in ängstlicher Beobachtung ihres Körpers ergingen und jeden Tag andere Beschwerden und Störungen herausfanden. Als bei ihnen keine Besserung eintreten wollte, legte ich zu ihnen einen Patienten mit „Herzneurose", der sich noch viel ängstlicher beobachtete, und öfters den Glauben äußerte, bald sterben zu müssen. Die beiden leichteren Fälle hörten nach der Konfrontierung mit ihrem schweren Zerrbild plötzlich auf, sich so genau zu beobachten und bekamen

wieder Lebensenergie, so daß sie bald dienstfähig entlassen werden konnten, und ihre Besserung zog dann hinterher auch den ganz in seine hypochondrischen Ideen verrannten Patienten mit sich, so daß er wenigstens wieder garnisondienstfähig wurde.

Wo es bei einzelnen Patienten mit der Heilung nicht recht vorwärts geht, habe ich vielfach schon mit Erfolg ähnliche Umgruppierungen der Kranken vorgenommen, z. B. auch charakterschwache Patienten neben charakterstarke gelegt, einem besonders haltlosen Kranken einen energischen als Mentor gesetzt usf. Auf alle mögliche Weise kann so die Therapie unterstützt werden.

Ich habe es mir zur Regel gemacht, daß möglichst vieles der Massensuggestion überlassen wird. Ihre Anwendung hat noch einen nicht zu unterschätzenden Vorzug: Der Soldat sieht in dem Stationsarzt nicht nur den militärischen Vorgesetzten, sondern auch die Partei, die ihn, oft gegen seinen eigenen Willen, gesund machen soll. Je mehr es dem Patienten verborgen bleibt, daß auch hinter diesen scheinbar ungewollten und zufälligen Einwirkungen der Wille des Arztes steht, um so leichter läßt er die Suggestion auf sich einwirken. Wenn der Arzt ihm z. B. sagt, daß seine Krankheit heilbar sei, so ist das für ihn lange nicht so wirksam, als wenn er das von seinen Kameraden erfährt. Auch bei den Individualsuggestionen halte ich es für wichtig, daß dabei die Persönlichkeit des Arztes scheinbar im Hintergrund bleibt, damit, wenn sein persönliches Eingreifen notwendig wird, dieses um so unmittelbarer und wirksamer ist.

So verbirgt sich z. B. die Wirksamkeit des Arztes hinter dem elektrischen Apparat. Die Patienten sehen in ihm eine Wundermaschine, die Lähmungen beseitigt, Stummen die Sprache wiedergibt, Gefühlsstörungen heilt, die Patienten von ihrem lästigen Zittern befreit, die Neigung der Kranken zu hysterischen Anfällen „aus dem Körper herauszieht", usw. Die Kranken lassen sich viel leichter von wundertätigen Prozeduren und Apparaten heilen als von dem suggerierenden Arzt. Daß bei der wunderbaren Wirkung des Elektrisierens auch der Schmerz ein Heilfaktor ist, bringt man dem Kranken am besten möglichst wenig zum Bewußtsein.

Damit auf der Station eine kräftige fördernde Massensuggestion zustandekommt, muß zwischen der ärztlichen Leitung,

den Hilfsärzten und dem Pflegepersonal vollkommene Einheitlichkeit und Übereinstimmung herrschen. Ebenso ist es notwendig, daß eine möglichst große Stetigkeit in der Besetzung der persönlichen Stellen besteht. Jeder Wechsel macht sehr viel Neuarbeit notwendig. Es muß auch für eine genügende Zahl von Ärzten gesorgt sein.[4]) Wenn es daran fehlt, so wird es bei manchen Fällen unmöglich, sie der Heilung zuzuführen, denn man kann in der Zeiteinheit nicht mehr als ein bestimmtes Quantum Energie aufbringen. Und jeder Fall, der nicht rechtzeitig der Heilung zugeführt wird, wirkt ungünstig im Sinn der Massensuggestion.

Je mehr nun scheinbar die Wirksamkeit des Arztes in den Hintergrund tritt, um so mehr muß in Wirklichkeit der Arzt das treibende Element der ganzen Suggestivbehandlung sein.

Die Suggestivtherapie hat zunächst die Aufgabe, bei den Kranken die Vorstellung von der Heilbarkeit ihrer Krankheit zu wecken. Das ist fast immer Aufgabe der Massensuggestion: sie wird von den in Besserung begriffenen Kranken ohne weiteres übernommen, wenn nur dafür gesorgt wird, daß die neu aufgenommenen Kranken mit solchen zusammenkommen. Wo es nötig ist, wird diese Vorstellung noch dadurch verstärkt, daß der Arzt bei der Untersuchung den Fall in geeigneter Weise mit dem Hilfsarzt bespricht.

Viel schwieriger ist die zweite Aufgabe zu lösen: den Willen zur Gesundung in den Patienten zu wecken.

Da dieser Wille bei den Patienten häufig nicht vorhanden ist, so wirkt die direkte Suggestion des Arztes hier oft in der Weise, daß dadurch starke konträre Autosuggestionen bei dem Patienten geweckt werden. Wendet man also in dieser Richtung die direkte Suggestion an, so muß man sich von vornherein darüber klar sein, daß die Heilung nur durch einen schweren Kampf zwischen Arzt und Patient erreicht werden kann. Man muß diese Art der Therapie oft anwenden, so unangenehm sie für Arzt und Patienten ist. Man wähle sich dafür aber nur solche Fälle aus, bei denen man sicher ist, daß sowohl die Kräfte des

[4]) Mohr rechnet auf je 20 bis 30 Nervenkranke einen Arzt.

Kranken als die Energie des Arztes ausreichen, so daß die Therapie durchgeführt wird. Ein mit allen Mitteln durchgeführter Heilerfolg ist von sehr günstiger Wirkung im Sinn der Massensuggestion, ebenso wie ein Versager sehr ungünstige Folgen hat.

Das Verfahren ist um so mehr am Platz, je deutlicher im Einzelfall der schlechte Wille zu erkennen ist. Die Mitkranken haben durchaus das Verständnis dafür, daß solche Fälle scharf angefaßt werden müssen, und empfinden das nur als gerecht. Ich wende dieses Verfahren aber nur da an, wo mit anderen Methoden nichts zu erreichen ist, oder wo dadurch außer dem direkt behandelten Fall zugleich andere der Heilung zugeführt werden können. Ein Beispiel genüge:

Mit einem Lazarettzug waren sechs Fälle mit Schüttelтremor auf meine Station gekommen. Darunter war ein Patient, der nur 14 Tage im Feld gewesen war und angeblich von einer Granatkontusion betroffen worden war. Der Mann war sehr kräftig, Anzeichen einer endogenen krankhaften Veranlagung fehlten vollständig, und der Patient sah seinen schüttelnden rechten Arm mit so verliebten Augen an, daß zu erkennen war, daß er gerne die Störung auf Kriegsdauer behalten würde. Eine frühzeitige energische Behandlung war angezeigt. Sie wurde in Gegenwart der anderen fünf Fälle von Schütteltremor vorgenommen und rücksichtslos bis zum Verschwinden des Schüttelns durchgeführt. Bei den anderen fünf Patienten gelang dann mit nur geringem Kraftaufwand in der gleichen Sitzung die Beseitigung der Störung.

Auf ähnliche Weise läßt sich gerade auf dem Weg der Massensuggestion der Wille zur Gesundung wecken. Schon das Zusammensein mit ähnlichen Fällen, die durch die Besserung fröhlich und lebensmutiger geworden sind, wirkt ansteckend. Oft kommt den Kranken „von selbst" der Wunsch, von ihrem Zustand, dessen innere Unwahrheit sie fühlen, befreit zu werden. Dazu brauchen die Patienten aber einige Zeit, und man verlange nicht zuviel auf einmal.

Wo der Wille zur Gesundung aus dem Grund fehlt, weil die zur Gesundung nötigen Kräfte mangeln, da kehrt er mit der Zunahme der Kräfte zurück, wenn nur dafür gesorgt wird, daß diese sich nicht in perversen Bahnen regenerieren. Auch das ist Sache der Massensuggestion.

Wo aber der Wille sich in falscher Richtung entwickelt, wie bei den verschiedenen Formen der Hysterie, da liegt die ärztliche Aufgabe in zweierlei Richtungen. Sie

muß die perverse Willensäußerung beseitigen und an ihre Stelle einen normal gerichteten Willen setzen und großziehen. Wir müssen uns bewußt bleiben, daß wir mit dem ersten Teil der Aufgabe, z. B. der Beseitigung der hysterischen Symptome, nur etwas Negatives leisten, und daß der zweite Teil der Aufgabe der wichtigere ist. Daher muß auch in der Behandlung der Hysterien dieser positive Teil der Aufgabe im Vordergrund stehen.

Im Prinzip läßt sich jedes hysterische Symptom durch Gewalt unterdrücken.[5]) So erklärt es sich, daß mancher schlechte Psychotherapeut die Fähigkeit besitzt, die hysterischen Symptome rasch zu beseitigen. Dadurch werden wohl die Auswüchse abgeschnitten, aber die treibenden Kräfte nicht in die fruchtbringenden Triebe geleitet.

Auch durch Hypnose[5]) lassen sich die meisten hysterischen Symptome beseitigen, und die Resultate sind hier oft ebenso überraschend wie bei der Behandlung mit Gewalt. Beide Methoden werden wir in seltenen Fällen anwenden müssen.

Zur Lösung des positiven Teils unserer Aufgabe sind andere Mittel notwendig. Die ärztliche Kunst, die die meisten Erfolge erzielt, besteht darin, in der Therapie eine möglichst vollkommene Harmonie zwischen konsequenter Energie und feinem Sicheinfühlen in die psychische Verfassung des Patienten zum Ausdruck zu bringen.

Auch zum Zwecke der Erweckung und Förderung des Heilungswillens kann man an die militärischen Verhältnisse anknüpfen. Wie im Feld der militärische Geist den Wert der Truppe bedingt und Erfolge erzielt, so muß auch auf der Lazarettstation dieser Geist der Therapie dienstbar gemacht werden. Wie wichtig dieser Genius loci ist, zeigt der Vergleich der Heilerfolge auf Stationen mit schlechter Stimmung mit denen auf Stationen, auf denen fröhlich und energisch gearbeitet wird. Der „Geist der Station" ist aus dem Grund so wichtig, weil aus ihm die Mehrzahl der „zufälligen" Suggestionen entspringt, von denen es oft abhängt, ob der Wille zur Genesung sich bei dem einzelnen Patienten durchsetzen kann oder nicht.

Am besten knüpft man an die Erfahrungstatsache an, daß dem Menschen die Güter am wertvollsten sind, die er

---

[5]) Die ganze Abhandlung war bis auf wenige Schlußseiten vor der Versammlung Deutscher Psychiater und Neurologen in München, 21. bis 23. September 1916, geschrieben. Nachträglich wurden nur noch einzelne kürzere Zusätze gemacht.

sich mit viel Mühe und Arbeit hat erkämpfen müssen. So geht dem Kranken der Wert der Gesundheit oft erst auf, wenn er sie sich hat erarbeiten müssen. Aus diesem Grund wende ich fast immer solche Methoden an, bei denen die Kranken an ihrer Genesung selber mitarbeiten. Die Mitarbeit der Patienten ist auch dann von Erfolg, wenn sie zunächst erzwungen werden muß. Aufgabe des Arztes ist es, zur rechten Zeit die Ruhebehandlung in die Übungsbehandlung überzuführen und das Üben so zu gestalten und zu leiten, daß die Patienten selber immer mehr Freude daran bekommen. Die Turnübungen, die in Gegenwart des Arztes von den dafür geeigneten Patienten gemeinsam ausgeführt werden, machen an sich fröhlich und wecken den Wunsch nach allmählicher Steigerung der Leistungen. Dadurch werden die die Heilung hemmenden Begehrungsvorstellungen, ohne daß die Patienten sich dessen bewußt werden, durch andere, die Heilung fördernde Suggestionen verdrängt, was möglichst ohne direkte Wortsuggestion zu erreichen ist.

Indirekt läßt sich die Freude über erzielte Fortschritte wecken und fördern durch lobende Aufmunterung bei guten Leistungen, durch hier und da ausgesetzte kleine Preise (Zigarren u. dgl.) für besonders gutes Turnen und besonders williges Üben. Es werden alle möglichen, positiv wirkenden Suggestionen, auch der Humor zu Hilfe gezogen, um möglichst einen Geist fröhlichen gemeinsamen Arbeitens hervorzurufen. Auch das Mittel des Nachexerzierens bei mangelhaften Leistungen wird benützt.

In der Regel lasse ich die dafür geeigneten Patienten täglich zweimal je eine halbe Stunde unter Kommando eines von mir bestimmten Kranken in meiner Gegenwart turnen. Dadurch wird auch der späteren Tätigkeit bei der Truppe schon etwas vorgearbeitet. Der einzelne Patient hat nicht bloß die zur Beseitigung seiner lokalen Störungen notwendigen Übungen, sondern auch die anderen Turnübungen mitzumachen, so daß jeder die Möglichkeit hat, sich in irgendeinem Gebiet hervorzutun. Auch sonst werden Fortschritte belohnt durch kleine Vergünstigungen: Ausgeherlaubnis, mit der wir im allgemeinen karg sind, Heimaturlaub, der nur erteilt wird, wenn bei dem einzelnen Patienten bestimmte, vom Arzt vorher festgelegte Fortschritte erreicht sind, durch Eingehen auf persönliche Wünsche, soweit ihnen Berechtigung zukommt und sie sich in der Richtung auf die Heilung ausnützen lassen. So wird es erreicht, daß bei unseren Kranken nicht bloß die „Flucht

in die Krankheit" sich in die „Flucht in die Gesundheit" umkehrt, sondern daß den Patienten auch die Freude am Gesundwerden, der Wert der Gesundheit und der Wunsch mitzuarbeiten wieder aufgeht.

Die „Flucht in die Krankheit" ist ja oft ein recht komplizierter psychischer Vorgang, der großenteils unter der Schwelle des Bewußtseins verläuft. In den wenigsten Fällen ist es ratsam, den Kranken diese unterbewußten seelischen Vorgänge zum klaren Bewußtsein zu bringen. Man versucht besser, diese hemmende Autosuggestion durch andere, fördernde Suggestionen indirekt zu bekämpfen und womöglich zu ersetzen: daß die Zeiten so bitter ernst sind, daß wir nur durchhalten können, wenn jeder an dem Platz, an den er gestellt ist, seine Pflicht tut, soweit die Kräfte irgend reichen, und daß wir das unseren Kameraden, die draußen für uns kämpfen und bluten, schuldig sind. Durch die Betonung des Werts, den die Mitarbeit des einzelnen für die große Sache hat, wird das Selbstbewußtsein des Kranken und sein guter Wille wesentlich gefördert.

Auf die oft vorhandenen Rentenbegehrungsvorstellungen gehe ich meist nicht ein. Sie verschwinden, wo sie nicht berechtigt sind, leicht, wenn der Wille zur Gesundheit oder die Einsicht der Nichtberechtigung kommt. Sie lassen sich aber meist nicht wegreden. Ohne daß darüber gesprochen wurde, sind sie bei manchen meiner Patienten verschwunden. Ich sorge, daß die Rentenfrage für die Patienten in weiter Ferne liegt, und daß sie womöglich durch näherliegende, in positiver Richtung ausnützbare Begehrungsvorstellungen verdrängt wird.

Wie schon besprochen, muß die Suggestion dem geistigen und ethischen Niveau der Patienten bis zu einem gewissen Grad angepaßt werden. Ich kann aber nach reichlichen Erfahrungen nur anraten, die Patienten nicht zu niedrig einzuschätzen. Sie haben meist die Fähigkeit, sowohl nach der oberen als nach der unteren Grenze ihres Denkens und Wollens sich beeinflussen zu lassen, und viele reagieren so, wie man sie anfaßt. Wenn ich bei zehn Patienten, auf die ich gemeinsam suggestiv einwirke, die Suggestion auf einen hohen ethischen Standpunkt aufbaue, so ist unter diesen zehn vielleicht nur einer, der von vornherein versteht, was gemeint ist. Dieser eine zieht oft einen großen Teil der anderen mit sich, ohne daß er selbst und die anderen es merken. So wird das ganze Niveau gehoben.

Je energischer im Grund die Behandlung ist, um

so schonender muß die äußere Form ihrer Anwendung sein.

Die Patienten haben ein sehr feines Gefühl dafür, daß z. B. lautes Schimpfen oft eine innere Unsicherheit und Unkenntnis verdecken will, sie merken sehr rasch die Kraft, die hinter der zart anfassenden Hand steht, besonders wenn die militärische Disziplin oder der elektrische Apparat ihr hier und da Nachdruck verleiht. Und wo man dann im Einzelfall gezwungen ist, auch in der Form scharf zu sein, ist die Kontrastwirkung um so größer, je ruhiger man sonst die Behandlung durchführt.

In manchen Fällen ist es trotz Anwendung aller diagnostischen Hilfsmittel unmöglich, mit voller Sicherheit festzustellen, wie weit subjektive Klagen der Patienten berechtigt sind. Vielfach ist hier, besonders bei der Abschätzung von Schmerzen, unsere Diagnose eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, und wir müssen uns in jedem Fall der Möglichkeit eines Irrtums bewußt bleiben. Wenn ich nun in Friedenszeiten den Grundsatz habe, lieber fünf Patienten zu mild als einen zu schroff zu beurteilen und zu behandeln, so haben wir in jetziger Zeit Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die in anderer Richtung sprechen: Wir haben die Pflicht, alle verfügbaren Kräfte mobil zu machen und in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen. Bei vielen sind die Gemeinschaftsgefühle nicht so hoch entwickelt, wie es für diese Zeit notwendig wäre. Es ist nicht unbillig, wenn wir von einem Menschen, der im ganzen gesund ist, aber vielleicht tatsächlich irgendwo mäßige Schmerzen hat, verlangen, daß er Dienst tut bis an die Grenze der vorhandenen Kräfte; denn die Zeit verlangt eine solche Anspannung. Wie im Anfang des Krieges die Einzelwünsche und Einzelklagen dem großen Ganzen willig zum Opfer gebracht wurden, so müssen wir, gerade wo der Krieg länger dauert, als man anfangs dachte, erst recht daran arbeiten, daß der Geist, der die ungeheuren Leistungen der ersten Kriegszeit ermöglicht hat, uns auch erhalten bleibe; und gerade auch der Arzt sollte Träger und Überträger dieses Geistes sein. Daraus erwächst uns Ärzten die Pflicht, in vielen Fällen hart zu sein, aber auch dafür zu sorgen, daß es nicht über die Kraft der Patienten geht.

Zur Erreichung der Heilung durch Individualsuggestion können alle Methoden der Suggestion angewandt werden. Alle Umstände und Ereignisse müssen in günstiger Richtung suggestiv verwertet werden.

So konnte z. B. eine unerwünscht starke Reaktion auf eine probatorische Tuberkulin-Injektion in der Weise suggestiv verwertet werden, daß eine auf die Reaktion eintretende Besserung der hysterischen Beschwerden vorausgesagt wurde, die auch tatsächlich eintrat.

Hier und da verwende ich bei gebildeteren Patienten die einfache Persuasion mit Erfolg.

Von der direkten Suggestion mache ich in solchen Fällen Gebrauch, bei denen die Sicherheit vorhanden ist, daß sie auch unter allen Umständen durchgesetzt werden kann. Dabei verlange ich in der ersten Sitzung meist nur einen mäßigen Erfolg, der dann durch weitere Suggestionsbehandlung erweitert und befestigt wird. Unter keinen Umständen werden Rückschritte geduldet. In Gegenwart des Kranken wird der Heilplan in diesem Fall festgelegt, der dann streng durchgeführt wird. Eine Änderung des Heilplans wird nur aus ganz zwingenden Gründen vorgenommen. In jedem Fall wird aber, wenn irgend möglich, noch ein Mittel in Reserve gehalten.

Die direkte Suggestion mit dem Versuch der Heilung in einer Sitzung wende ich bei Fällen an, die mir zur ambulanten Behandlung zugeschickt werden. Ich kleide sie aber dann in die bedingte Form ein: „Die Störung ist heilbar; meist gelingt ihre Beseitigung in der ersten Sitzung vollständig. Wir wollen in diesem Fall auch den Versuch machen. Sollte dabei nicht gleich vollständige Heilung eintreten, so wird der Kranke ins Lazarett aufgenommen, wo dann sichere Heilung erzielt wird." Bei richtiger Auswahl der Fälle für diese Methode hat das Verfahren fast immer Erfolg. Erweist sich die Erreichung des Vollerfolgs zu schwierig, so begnügt man sich mit einem Teilerfolg, der dann durch stationäre Lazarettbehandlung zu einem Vollerfolg gemacht wird. Die Suggestion der

ersten Sitzung ist dann schon eine gute Vorbereitung auf die stationäre Behandlung.

Häufiger mache ich Gebrauch von der indirekten Suggestion, in Form der besprochenen Massensuggestion, oder durch scheinbar zufällige Äußerungen gegenüber dem Hilfsarzt oder dem Pflegepersonal.

Bei diesen Formen der Suggestion hat man nun immer damit zu rechnen, daß sie seelische Abwehrreaktionen auslösen. Aus diesem Grund mache ich besonders häufig Gebrauch von der konträren Suggestion, indem ich dem Patienten das, was ich eigentlich erreichen will, zunächst verbiete und es mir erst allmählich durch Leistungen von dem Patienten abringen lasse. Sehr günstig wirkt in dieser Richtung z. B. das Gebot vollständiger Bettruhe. Es ist oft das beste Mittel, die Patienten rasch zum Aufstehen zu bringen. Ähnlich wirkt das Verbot, auszugehen; die Patienten geben sich dann alle Mühe, das zu erreichen, was der Arzt als Vorbedingung für das Ausgehen verlangt hat. Appetitlosigkeit wird am besten durch Beschränkung der Nahrungszufuhr geheilt usw.

Von der unbestimmten Suggestion mache ich nur wenig Gebrauch, weil für sie die meisten meiner Patienten zu wenig feinempfindend sind.

Zurzeit bin ich damit beschäftigt, ein Verfahren auszubilden, das man vielleicht als „Verwirrung der Fixierung" bezeichnen könnte. Es ist bekannt, daß die hysterischen Symptome besonders schwer zu beseitigen sind, solange sie bei dem Kranken stark fixiert sind. Die Fixierung bei dem Kranken wird nun lockerer, wenn es gelingt, durch Suggestion zu den fixierten Symptomen etwas hinzuzutun oder von ihnen etwas wegzunehmen oder sie in irgendeiner Weise zu verändern. Wenn der Hysteriker ein bewußter Schwindler wäre, so würde er vielleicht gegenüber solchen Versuchen die Fixierung seiner Symptome aufrecht erhalten. Der altbekannte Transfert stellt einen Spezialfall dieser Methode dar. Es gelingt oft in der harmlosesten Form und ohne jedes Gewaltmittel leicht, diese Verwirrung in die Fixierung zu bringen. Man braucht z. B. nur in Gegenwart des Kranken seine Symptome in von der Wirklichkeit etwas abweichender Form im Gespräch mit dem Hilfsarzt zu schildern, und man wird oft sehen, daß dann die Symptome in dieser abweichenden Form weiterbestehen. Dann sind die Symptome leichter angreifbar. In gröbster Form habe ich dieses Verfahren schon

angewandt, indem ich z. B. einem Kranken mit funktioneller Gehstörung während des Gehens plötzlich zurief: „Sie hinken ja auf dem falschen Bein!" Die Fixierung kam dadurch in Verwirrung und war dann nicht mehr so fest verankert. Bei Patienten mit der so sehr häufigen Störung in der Hebung des Oberarms mache ich gerne passive Bewegungen und lasse dann den Arm unversehens in einer Stellung los, in der der Patient ihn angeblich nicht halten konnte; häufig bleibt dann der Arm bei dem überraschten Patienten eine Zeitlang in dieser Stellung stehen und wird dann aktiv heruntergeworfen. Es liegen hier vielerlei therapeutische Möglichkeiten, und der Arzt wird es oft rasch erreichen, daß dem Patienten bei seinen Symptomen unbehaglich wird und er die anfängliche Sicherheit der Fixierung verliert.

Fast immer knüpfe ich die Suggestion an irgendeine andere Behandlungsmethode an. Die Heilerfolge der Kurpfuscher lehren uns, daß es keine noch so abgeschmackte Heilmethode gibt, die nicht unter dem Einfluß wirksamer Suggestion Heilerfolge nach sich zöge. Zweckmäßig ist es aber, die Suggestion an ein an sich wirksames und imponierendes Verfahren anzuknüpfen. Beispiele, wie das gemacht werden kann, werden im speziellen Teil angeführt werden. Es sei nur an die Wirkung narkotischer Mittel, des Elektrisierapparats, des methodischen Turnens, der Bäderbehandlung erinnert.

Die Frage, ob man sofort nach der Aufnahme ins Lazarett mit der Individualsuggestion beginnen soll, muß im einzelnen Fall verschieden beantwortet werden. Wo günstige Massensuggestionen auf der Station vorhanden sind, empfiehlt es sich im allgemeinen, einige Tage zu warten, ehe mit der eigentlichen energischen Behandlung begonnen wird. Diese Zeit dient dazu, die Patienten so vorzubereiten, daß die Behandlung mit möglichst geringem Energieverbrauch für Patient und Arzt durchgeführt werden kann. In einzelnen Fällen mache ich aber gerne von der therapeutischen Überrennung Gebrauch, z. B. mit Vorliebe bei Aphonischen, die sofort bei der Aufnahme untersucht und zugleich durch faradischen Strom von der Aphonie geheilt werden. Auch im Interesse der Massensuggestion ist eine solche therapeutische Überrennung hier und da notwendig. Sehr viel häufiger gehe ich langsamer vor, bereite jede Suggestion gut vor und lasse jedem neuen Angriff eine

vorbereitende Angriffspause vorangehen. Bei anfänglicher Nichtbeachtung verschwinden manche Symptome von selbst, andere steigern sich so ad absurdum, daß sie dann sehr leicht beseitigt werden können.

Für eine wirksame Therapie ist es notwendig, daß der Arzt sein Handeln nach strengen Indikationen, die sich aus der Entstehung und Art des Falls ergeben, einrichtet und zielbewußt durchführt. Wenn in den Fortschritten eine Stockung einzutreten droht, muß der therapeutische Hebel mit aller Macht angesetzt werden. Ebenso wie sich der Arzt vor unzweckmäßiger Polypragmasie hüten muß, ebenso muß er auf der anderen Seite vielgewandt und phantasiereich sein, um der listenreichen Kriegsneurosenseele Herr zu werden. Bei aller Stetigkeit der Behandlung ist immer notwendig, sich auch den Gesichtspunkt der Abstumpfung durch zu große Einförmigkeit und der Kontrastwirkung bei Wechsel der Behandlung vor Augen zu halten.

Aus der Bedeutung der Suggestion ergibt sich, daß in den meisten Fällen eine stationäre und keine ambulante Behandlung notwendig ist. Daraus erklärt sich auch, daß die Resultate der ambulanten medikomechanischen und elektrischen Behandlung in der Regel viel weniger befriedigend sind als bei stationärer Behandlung. Aus dem gleichen Grund nehme ich auch alle eingreifenderen Behandlungsverfahren, besonders auch das Elektrisieren, selbst vor.

Als allgemeine Regel sei endlich noch erwähnt, daß das Behandlungsverfahren um so zarter und schonender zu wählen ist, je mehr bei den Kranken Erscheinungen der Erschöpfung vorhanden sind. Je ähnlicher dagegen das Krankheitsbild dem der Friedenshysterie ist, um so mehr muß neben der Allgemeinbehandlung die energische Behandlung der Einzelsymptome stehen, weil ihre Beseitigung auf den Allgemeinzustand von außerordentlich günstiger Wirkung ist.

Wo man bei solchen gemischten Fällen im Zweifel ist, beschränkt man sich am besten zunächst auf die allgemein beruhigende und kräftigende Behandlung, um dann, wenn diese zu einem gewissen Erfolg geführt hat, die psychogenen Einzelsymptome, soweit sie nicht von selbst verschwunden sind, energisch anzupacken.

Die Übergangszeit.

Eine große Schwierigkeit liegt in der Übergangszeit zwischen der Entlassung aus dem Lazarett und der Aufnahme des vollen Dienstes. Ob die im Lazarett erzielte Heilung eine Dauerheilung ist oder ob es zu Rückfällen kommt, das hat nicht der Lazarettarzt in der Hand, das hängt von den Verhältnissen bei den betreffenden Truppenteilen ab. Es hat sich als wichtig erwiesen, daß ein möglichst guter innerer Konnex zwischen Lazarett und Truppenteil unterhalten wird. Zugleich mit den entlassenen Patienten müssen die Krankengeschichten oder eine entsprechende Meldung zum Truppenteil kommen, aus der sich ersehen läßt, ob der Entlassene einen sofortigen Erholungsurlaub bekommen darf oder nicht, ob er noch geschont werden muß, oder ob er bei unzulänglichen Leistungen schärfer angefaßt werden darf.

In vielen Fällen halte ich es für wichtig, daß die Entlassenen sofort Dienst machen und nicht früher Urlaub bekommen, als bis sie in alle Obliegenheiten des Dienstes wieder vollständig eingearbeitet sind. Ist das der Fall, dann sind sie durch die Disziplin des Dienstes wieder so innerlich gekräftigt, daß sie den ungünstigen Suggestionen, die im Urlaub auf sie einwirken, nicht mehr widerstandslos ausgeliefert sind.

Soweit ich das fernere Ergehen der entlassenen Patienten verfolgen konnte, habe ich folgendes gesehen: Bei den Truppenteilen, die die vom Lazarett für die weitere Behandlung gegebenen Anregungen gemeinsam mit dem Truppenarzt verständnisvoll durchführen, sind die im Lazarett erzielten Erfolge Dauererfolge geblieben. Da wo die innere Übereinstimmung zwischen Lazarett und Truppenteil nicht richtig hergestellt ist, kommen viele Rückfälle vor. Am schlechtesten sind die Resultate — in Übereinstimmung mit Gaupp — bei Truppenteilen, die von dem Lazarett weit entfernt ihren Standort haben. Hier werden manche Patienten, besonders Hysteriker, schon auf der Reise vom Lazarett zum Truppenteil rückfällig. Ich schicke aus

diesem Grund zur Weiterbehandlung jetzt häufiger als früher solche Patienten in Lazarette am Standort des Ersatztruppenteils, damit dort dann der notwendige Konnex zwischen Lazarett und Truppenteil hergestellt werden kann. Verlegungen Neurosenkranker in Heimatlazarette können dagegen nicht befürwortet werden.

Häufig erklären entlassene Patienten, sie hätten im Lazarett keine Schmerzen mehr angegeben, um nicht mehr elektrisiert zu werden. Meistens sind dann die Schmerzen, die elektrisch behandelt werden mußten, nicht sehr hochgradig gewesen, so daß den Patienten der elektrische Strom unangenehmer war als die Krankheit, wegen deren er angewandt wurde; in diesem Fall ist es notwendig, daß die Patienten durch Dienst von der Schmerzempfindung abgelenkt werden.

Spezieller Teil.

Simulation.

Simulationsverdächtige sieht man ja außerordentlich häufig, doch legen Krankheitssymptome, die man an ihnen nachweisen kann, in den meisten Fällen nahe, nicht reine Simulation anzunehmen.

Bei zwei Fällen meiner Beobachtung lag sicher reine Simulation vor: Zwei Patienten, die beide noch nicht im Feld waren und beide aus dem gleichen Ort, aber aus verschiedenen Familien stammten, kamen ins Lazarett mit der Angabe, sie seien Bluter. Bei beiden wurde objektiv durch Setzen kleiner Verwundungen festgestellt, daß sie keine Bluter waren. Darnach brachte der eine Patient sich noch eine Schnittverletzung bei, aus der sich ebenfalls ergab, daß keine Bluterkrankheit vorlag. Beide wurden dienstfähig zur Truppe entlassen mit dem Bescheid, daß Wiederauftreten von Bluten Bestrafung nach sich ziehen werde.

Krankhafte Simulation und Kumulation gehört fast regelmäßig zu dem Krankheitsbild der so häufigen Kriegshysterien. Die Neigung zur Übertreibung gibt dem Krankheitsbilde der Hysterie etwas innerlich Unwahres. Der Hysteriker empfindet das häufig selbst und hat ein schlechtes Gewissen.

Sensibilitätsstörungen.

Bei drei ambulant untersuchten Patienten, bei denen nach Verletzung durch Einwachsen von kleinen Hautnervenästen in die Narbe umschriebene Schmerzen angegeben wurden, habe ich mit Erfolg die Wiederaufnahme des Diensts empfohlen.

Bei einem Offizier mit Schmerzen nach Neurolyse des Medianus mit begleitenden neurasthenischen Symptomen wurde durch Anodengalvanisation des Medianus mit ein- und ausschleichendem Strom wesentliche Besserung und Wiederherstellung der Dienstfähigkeit erzielt, bei einem anderen, der nach Oberarmschuß mit Schmerzen in dem gleichen Nervengebiet ebenso behandelt wird, ist anfangs keine, in letzter Zeit aber wesentliche Besserung eingetreten. Eine nichttraumatische Neuralgie am Oberarm wurde mit diesem Verfahren beseitigt.

Bei zwei Fällen von Lumbago, von denen der eine zehn Monate in den verschiedensten Lazaretten behandelt worden war, wurde durch kräftige Faradisierung der Lendengegend rasche Heilung erzielt. Dabei wurde die Suggestion angeknüpft, daß die Störung durch Elektrizität heilbar sei, und daß der Strom in jeder Sitzung stärker genommen werden müsse, bis der Schmerz verschwunden sei. Bei einem dritten solchen Fall, bei dem eine Veränderung an der Lendenwirbelsäule sich nicht absolut ausschließen ließ, war zunächst jede aktivere Therapie ergebnislos geblieben. Hier führte langdauernde Bettruhe und Isolierung zum Ziel: Der Mann ist wieder im Feld.

„Ischias."

Außerordentlich große Schwierigkeiten können Fälle von angeblicher Ischias machen. Ich glaube nicht, daß unter meinen 24 derartigen Fällen eine reine Simulation sich befand; ich habe aber den Eindruck bekommen, daß viele so leicht krank waren, daß die Dienstfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt wurde. In der überwiegenden Mehrzahl fehlten Atrophien auch nach monatelanger Dauer vollständig, auch war auffallend, daß die Zahl der Ischiasfälle im Hochsommer nicht abnahm. Oft war auffallend starkes Hinken vorhanden, das geringer wurde, wenn die Patienten sich nicht beobachtet glaubten. Manche der Kranken waren so suggestibel, daß die ursprünglich richtig angegebenen Druckpunkte sich

durch Suggestion bei der Prüfung an atypische Stellen verlagern ließen. Auch wünschten sie häufig trotz angeblich sehr starker Schmerzen, aufzustehen und herumzugehen. Der Achillessehnenreflex war in der weit überwiegenden Mehrzahl erhalten. Diese verschiedenen Umstände lassen sehr daran denken, daß bei einem Teil der Fälle eine psychogene Komponente in der Richtung mitgewirkt hat, daß ursprünglich leichte und an sich vorübergehende Symptome subjektiv aggraviert und fixiert wurden.

Ich halte es in manchen derartigen Fällen für unmöglich, eine absolut sichere Differentialdiagnose zu stellen. Vielleicht das sicherste objektive Zeichen ist das Fehlen des Achillessehnenreflexes auf der erkrankten Seite. Sein Erhaltensein beweist aber nicht die Abwesenheit einer echten Ischias. Die Abwesenheit des Lasègueschen Zeichens beweist wohl die Abwesenheit einer irgendwie nennenswerten Ischias, dagegen ist sein Vorhandensein kein sicherer positiver Beweis, da schon der normale Mensch ein gewisses unangenehmes Spannungsgefühl bei diesem Versuch hat und der psychogen Kranke, der ja häufig abnorm empfindlich ist, dieses Spannungsgefühl leicht als Schmerz angeben wird. Die subjektiven Angaben über die Ausbreitung des Schmerzes sind bei Kranken, die mit Ischiasfällen zusammengelegen haben, ebenfalls kein sicheres Zeichen. Das gleiche gilt von den Druckpunkten, zumal wenn der Kranke eine Ischias gehabt hat und festgestellt werden soll, ob die Ischias noch besteht. Gar nicht zur Differentialdiagnose, ob psychogene oder echte Ischias, zu verwerten ist das Symptom der Skoliose, das sehr häufig auch auf psychogener Basis vorkommt. Atrophien an dem erkrankten Bein beweisen, wenn andere Symptome ebenfalls vorhanden sind, daß wahrscheinlich eine Ischias vorhanden war, sie sagen aber nichts darüber aus, ob die Ischias noch besteht.

Da nun häufig eine ganz sichere Diagnose nicht möglich ist, muß die Therapie tastend vorgehen unter Berücksichtigung der Erfahrungstatsache, daß bei Jugendlichen ohne sonstige schwere Erkrankung eine Ischias meist in wenigen Wochen oder Monaten soweit ausheilt, daß die Beschwerden ihre größte Heftigkeit verloren haben.

Die Behandlung habe ich meist folgendermaßen durchgeführt: absolute Bettruhe solange, bis im Liegen alle Schmerzen verschwunden sind, Sorge für reichlichen Stuhlgang, Salizylpräparate, lokale Wärme,

Heißluftkasten; diese Behandlung wird etwa drei Wochen fortgesetzt und während dieser Zeit das Sicheinfühlen in die Psyche des Patienten, ohne daß dieser es merkt, vorgenommen. In dieser Zeit merkt man, wie groß der Wille zur Genesung ist. Läßt dieser zu wünschen übrig oder sind andere Zeichen von Psychogenie vorhanden, so wird unter der Suggestion, daß die Ströme solange täglich stärker genommen werden müssen, bis die Schmerzen verschwunden sind, die Austrittstelle des Nerven faradisiert, zuerst mit schwächeren, allmählich mit stärkeren Strömen. Während der faradischen Behandlung wird schon auf die Langesche Infiltration als eine sehr wirksame, aber schmerzhafte Methode suggestiv vorbereitet. Bei den Fällen, die noch immer Beschwerden haben, wird dann die Infiltration der Nervenscheide vorgenommen. Bei diesem Vorgehen sieht man in manchen Fällen schon bei der Bettruhebehandlung mit Wärme und Salizylpräparaten die Beschwerden verschwinden, bei anderen dauern diese bis zur suggestiven Vorbereitung auf das Elektrisieren an, in anderen Fällen bis zur Infiltration. Eine zweite Infiltration brauchte nie vorgenommen zu werden. Bei diesen psychogenen Ischiasfällen bedarf dann das Hinken häufig noch einer besonderen Behandlung. Übung und Faradisieren mit entsprechender Suggestion und kräftigen Strömen hat es in jedem meiner Fälle beseitigt. Je mehr der psychogene Faktor im Vordergrund steht, um so mehr wird die Behandlung rasch und energisch durchgeführt, je geringer der psychogene Faktor, um so mehr Geduld ist am Platz. Man halte sich aber immer vor Augen, daß unter den Fällen von Kriegsischias viele psychogene Fixierungen und Verlängerungen vorkommen, besonders auch bei Fällen, die noch nicht an der Front waren, und in der wärmsten Jahreszeit. Bei 22 unter diesen 24 Fällen wurde Heilung erzielt mit Feld- oder Garnisondienstfähigkeit.

Neuralgiforme funktionelle Störungen.

Hyperalgesien, die lokal begrenzt sein und Neuralgien vortäuschen können, sind nicht so sehr selten auch in anderen Gebieten als dem des Hüftnerven vorhanden. Sie

ließen sich meist ziemlich rasch dadurch beseitigen, daß man sie durch den faradischen Strom „herauszog". Dabei wende ich gern zunächst schwache Ströme an mit der Bemerkung, daß bei jedesmaligem Elektrisieren die Stromstärke erhöht werden müsse, bis die Schmerzen verschwunden seien. Die häufig zunächst von den Patienten angegebene Steigerung der Schmerzen durch das Elektrisieren ist „ein Zeichen, daß die Ströme nicht kräftig genug waren." Wichtig ist hier die Allgemeinbehandlung, die auf Kräftigung des Willens und Ablenkung durch Beschäftigung ausgeht. Patienten, die nur derartige Beschwerden haben, und bei denen andere Störungen sich ausschließen lassen, sind möglichst rasch dem Dienst wieder zuzuführen. Manche Fälle von „rheumatischen Schmerzen" ohne Rheumatismus, von Lumbago u. a. gehören ebenfalls in dieses Gebiet.

Über Kopfschmerzen wurde von manchen Patienten geklagt. Meist war es neurasthenischer Kopfdruck, der bei Besserung des Allgemeinbefindens von selbst verschwand. Besonders günstig wurden sie durch die die Vasomotoren tonisierende Bäderbehandlung beeinflußt (s. u.). In anderen Fällen wurden klavusartige hysterische Kopfschmerzen angegeben. Wo eine Behandlung speziell notwendig war, wurden die Kopfschmerzen entweder durch Massage etwa vorhandener Schwielen beseitigt oder durch Faradisieren der Nackenmuskeln „herausgezogen". In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle war eine symptomatische Behandlung der Kopfschmerzen nicht notwendig oder genügte eine kühle Kompresse auf den Kopf. Medikamente wurden nur selten dagegen angewandt. Der Hinweis, daß bei reichlicher Bewegung im Freien die Kopfschmerzen am raschesten verschwinden würden, scheint dazu beigetragen zu haben, daß auf meiner Station dieses Symptom seltener geworden ist.

Bei manchen Fällen wechselten die neuralgiformen Schmerzen immer wieder sehr rasch ihren Sitz, oft wechselten sie auch mit anderen Beschwerden, Husten, Durchfall und dergleichen ab. Hätte man hier für jedes Einzelsymptom eine besondere Verordnung gegeben, so wäre das den Pa-

tienten nicht gut bekommen. Bei konsequenter Durchführung des einmal aufgestellten Heilplans und Isolierung der Patienten hörten meist die sprunghaften und phantasievollen Klagen bald auf.

Echte Migräne habe ich im Gegensatz zu anderen Autoren fast gar nicht zu sehen bekommen. Ich vermute, daß bei der symptomatischen Mannigfaltigkeit und der Suggestibilität der Hysteriker besonders solche Krankheitsbilder zustandekommen, denen der Arzt besondere Aufmerksamkeit und besonderes Interesse schenkt.

Schwindel wurde öfter von meinen Patienten geklagt. In keinem Fall handelte es sich um zerebellären Schwindel, in einem Fall ließ die ohrenärztliche Untersuchung an organische Labyrinthstörung denken, in den anderen Fällen handelte es sich um „neurasthenischen" Schwindel, der bei der Besserung der Allgemeinstörung mitverschwand, wenn er möglichst wenig beachtet wurde.

Der sogenannte chronische Muskelrheumatismus wurde mit Schwitzprozeduren, Übungen, und wenn er dabei nicht verschwand, mit leichter Faradisation behandelt. Ebenso ging ich bei chronischen Gelenkschmerzen ohne organische Veränderungen in den Gelenken vor.

Auch Hautparästhesien auf funktioneller Basis sah ich in einigen Fällen. Wo sie der Allgemeinbehandlung nicht wichen, wurden sie mit leichten faradischen Strömen „herausgezogen".

Hypästhesien und Anästhesien.

Bei zwei Fällen mit Hypästhesien an den Beinen ergab die genaue Untersuchung eine beginnende Tabes ohne Neigung zu Fortschreiten. Beide konnten dauernd garnisondienstfähig entlassen werden. Bei einem dritten Fall ließ sich eine beginnende Tabes nicht mit voller Sicherheit ausschließen trotz negativem Wassermann in Blut und Liquor. Auch er wurde garnisondienstfähig entlassen. Bei einem weiteren Fall mit unregelmäßigen Hypästhesien und Parästhesien in verschiedenen Körpergegenden stellte sich eine beginnende Dementia paralytica heraus.

Trotzdem, wie oben erwähnt, Sensibilitätsprüfungen nur bei besonderer Indikation gemacht wurden, ließen sich in zwölf

Fällen hysterische Hypästhesien und Anästhesien, besonders auch Pseudoanalgesien feststellen. Sie ließen sich in jedem Fall in einer Sitzung mit dem faradischen Pinsel vollständig beseitigen und sind nicht wiedergekehrt. Wo starke Hautschwielen vorhanden sind, muß die Haut gut angefeuchtet werden. Bei zwei Fällen verschwanden sie durch „Fernwirkung" des elektrischen Apparats. Ihre Anordnung entsprach den verschiedenen für hysterische Anästhesien bekannten Lokalisationen. In zwei Fällen waren sie das einzige Symptom; besonders häufig waren sie mit funktioneller Taubheit, Taubstummheit, Aphonie u. dgl. kombiniert. Etwa ein Drittel der Fälle war nicht im Feld gewesen. In einem Fall, der mit typischen hysterischen Anfällen kombiniert war, war die Anästhesie in der Rekonvaleszenz eines Typhus entstanden, bei vier Fällen im Anschluß an eine Granaterschütterung, bei drei Fällen im Anschluß an eine Extremitätenverletzung. Die traumatisch und die nichttraumatisch entstandenen Fälle unterschieden sich weder symptomatologisch noch in ihrer Heilbarkeit wesentlich voneinander.

Eine funktionelle Anosmie im Anschluß an eine minimale Granatsplitterverletzung an der Wange erwies sich als therapeutisch refraktär. Der Patient wurde dienstfähig entlassen; falls er wieder ins Feld kommt, wird die Anosmie verschwinden, wenn er in den Fall kommt, durch den Geruch giftige Gase erkennen zu müssen.

In zwei Fällen bestand hysterische Taubheit und Stummheit. In beiden Fällen ließ sich die Störung leicht in einer Sitzung durch Suggestion und kräftiges Faradisieren beseitigen. Daß die Taubheit nicht organisch bedingt war, ließ sich schon daraus erkennen, daß die Kranken gar keinen Versuch machten, den mangelnden Gehörsinn durch Ablesen vom Mund oder durch Verstehen von Zeichen zu ersetzen, sie schienen sich im Gegenteil bei ihrer Störung wohl zu fühlen. Die ohrenärztliche Untersuchung bestätigte die funktionelle Natur der Taubheit. Während direkte Suggestionen und Befehle durch das Gehör nicht wirksam vermittelt wurden, kamen indirekte Suggestionen durch Äußerungen, die schein-

bar nicht an den Patienten gerichtet waren, zur vollen Wirkung. Die Kranken verhielten sich in dieser Richtung ähnlich wie die Hysteriker im Anfall, die oft ebenfalls auf Befehle nicht reagieren, dagegen alles ausführen, was ihnen auf indirektem Weg suggeriert wird. Die „hysterische" Taubstummheit scheint mir hart an der Grenze der Simulation zu stehen. Sie ist vielleicht als „krankhafte Simulation" aufzufassen.

Bei dem einen Fall, bei dem eine über den ganzen Körper verbreitete Totalanästhesie vorhanden war, wurde die Behandlung in folgender Weise vorgenommen: Indirekte Suggestion durch Gespräch zwischen dem Stationsarzt und dem Hilfsarzt: „Die Störungen sind heilbar. Der faradische Pinsel wird die Gefühlsstörung sofort beseitigen, er wird so lange angewandt, bis der Patient einen Schrei ausstößt. Damit ist auch die Stummheit und die Gehörstörung beseitigt. Der faradische Pinsel muß solange einwirken, bis der Patient wieder hört und laut spricht." — In weniger als einer halben Minute war bei kräftigem faradischem Strom Gefühl, Gehör und Sprache wieder hergestellt. Von einem leichten Grad von Stottern wurde dabei zunächst nicht Notiz genommen. Das Stottern verschwand durch Sprechübungen und „Fernwirkung" des faradischen Apparats. Bei einer Demonstration des Patienten kam nochmals ein leichter Rückfall, der durch Faradisieren ganz rasch beseitigt wurde. Dauerheilung.

Der andere Fall, bei dem keine Gefühlsstörung, aber ebenfalls funktionelle Taubstummheit vorhanden war, wurde mir nur zur ambulanten Untersuchung vorgestellt. Er wurde in einer Sitzung geheilt: Indirekte Suggestion der Heilbarkeit durch den faradischen Strom, der bis zum Erfolg verstärkt werde. Indifferente Elektrode im Rücken, differente Elektrode links neben dem Kehlkopf, langsame Verstärkung des Stroms. Heilung. Ob Rückfall eingetreten ist, habe ich nicht erfahren, doch scheint es mir nicht wahrscheinlich. Das hysterische Stottern und die Aphonie werden weiter unten kurz besprochen werden.

Funktionelle Sehstörungen habe ich nicht in Behandlung bekommen. Sie werden sich bei entsprechender Realsuggestionstherapie ebenfalls rasch beseitigen lassen.

Bewegungsstörungen.

Die verschiedenen Tremorformen und Zwangsbewegungen.

Eine spezielle Behandlung des Tremor ist häufig nicht angezeigt. In vielen Fällen wäre

sie direkt ein Fehler, weil der Tremor dadurch leicht fixiert werden kann. Ich möchte daher dringend raten, den Patienten gegenüber im Anfang der Behandlung das Zittern nicht zu beachten. Womöglich isoliere ich solche Patienten, damit nicht durch Suggestionen von seiten der Zimmergenossen das Symptom gesteigert und fixiert wird. Bei Nichtbeachtung und entsprechender Allgemeinbehandlung tritt bei den verschiedenen Krankheitsfällen bald eine reinliche Scheidung ein. Bei den einen verschwindet das Zittern mit der Besserung des Allgemeinzustands von selber, bei den anderen bleibt es hartnäckig bestehen oder steigert es sich, bis es vom Arzt besonders beachtet wird. In beiden letzteren Fällen muß es besonders behandelt werden.

Eine spezielle Behandlung des Zitterns ist meist wertlos bei den kleinschlägigen Formen des Basedow- und des neurasthenischen Tremors. Der letztere ist außerordentlich häufig bei den Erschöpfungs- und den Schreck-Neurosen. Der Alkohol- und Nikotintremor wird mit der Beseitigung des Alkoholismus und Nikotinismus verschwinden oder so gering werden, daß er kaum noch störend ist.

Dagegen bedarf das Zittern, wie gesagt, einer symptomatischen Behandlung da, wo es bei Nichtbeachtung nicht verschwindet oder so aufdringlich hervortritt, daß es zum Hauptsymptom der Krankheit wird. Es sind das besonders die Formen des Schütteltremors mit all ihren Übergängen zu Zwangsbewegungen. Sie kommen besonders bei Schreckneurosen nach Granaterschütterung vor. Aber man beobachtet sie auch ohne jedes Trauma nach Erkrankungen, Typhus, Tetanus u. dgl., vielfach auch bei Soldaten, die noch gar nicht im Felde waren, und auch in der Zivilbevölkerung.

Ich finde in der Literatur die Angabe verbreitet, daß diese Formen von Schütteltremor und Zwangsbewegungen prognostisch ungünstig seien. Nach meinen Erfahrungen kann ich dem nicht beistimmen. Bei entsprechend energischer Behandlung gelingt es so gut wie immer, den

Schütteltremor zum Verschwinden zu bringen. Und er bleibt dann unter normalen Verhältnissen, auch im Zivilberuf, vollständig aus. Daher darf der Schütteltremor nicht als Grund für eine Rente angesehen werden. Er muß behandelt werden, bis er verschwunden ist. Auch unter den Verhältnissen des Garnisondienstes tritt der Schütteltremor meist nicht wieder auf. Dagegen besteht allerdings für viele Fälle die Wahrscheinlichkeit, daß er durch stärkere Belastungen, besonders durch Artilleriefeuer wieder ausgelöst würde. Daher müssen die geheilten Patienten zunächst garnisondienstfähig oder arbeitsverwendungsfähig geschrieben werden.

In welcher Weise ich die verschiedenen Tremorformen behandle, möge an einigen konkreten Beispielen gezeigt werden:

1. Ein Mann, der 20 Monate an der Front war, kommt, nachdem er zuletzt noch einer Granaterschütterung ausgesetzt war, ins Lazarett; er leidet an einer Erschöpfungs- und Schreckneurose mit stärkstem Ruhebedürfnis, ohne zur Ruhe kommen zu können, daneben an einem nicht sehr starken Tremor des rechten Arms. Isolierung, beruhigende Allgemeinbehandlung, wie sie weiter unter beschrieben werden wird, Nichtbeachtung des Tremors. Mit der Besserung des Allgemeinzustandes verschwindet der Tremor ganz von selbst.

2. Bei einem ähnlichen Fall besteht ein starker Schütteltremor des Arms, der zugleich das Zurruhekommen des Patienten wesentlich stört. Die Allgemeinbehandlung ist die gleiche wie bei dem ersten Fall. Außerdem wird unter kräftiger Suggestion, daß dadurch das Zittern verschwinden werde, 1 ccm Laudopanlösung an dem zitternden Arm intravenös injiziert. Dabei ist es ganz zweckmäßig, wenn ein Teil der Lösung neben die Vene gerät. Die Injektion wirkt, wie vorausgesagt, allgemein und lokal beruhigend, und die Suggestion hält die Wirkung als Dauerwirkung fest. Wo nach einigen Tagen der Tremor wieder auftritt, wird die Injektion unter der gleichen Suggestion wiederholt. Mehr als drei solche Injektionen sind nicht nötig, auch nicht zweckmäßig. In den vereinzelten Fällen, wo der Tremor nach drei Injektionen wiederkehrt, zeigt diese Wiederkehr, daß noch ziemlich große Kräftereserven bei dem Kranken vorhanden sind, und daß ein energischeres Verfahren eingeleitet werden kann und muß.

3. Bei einem weiteren Fall stellt sich heraus, daß der Patient nur 14 Tagen im Feld war, als eine Granate angeblich in seiner Nähe explodierte. Der Kranke ist nicht erregt, nicht erschöpft, seine Stimmung ist behaglich und fröhlich; er betrachtet seinen von

sehr starkem Schütteltremor befallenen Arm mit liebevollem Gesichtsausdruck. Sonstige organische und nervöse Krankheitserscheinungen fehlen, und es ist deutlich zu erkennen, daß der Schütteltremor nicht von selbst verschwinden wird, und daß für ein energisches Behandlungsverfahren reichlich Reservekräfte vorhanden sind. Hier ist es wichtig, das einzige Krankheitssymptom, das bei dem Fehlen einer endogenen Krankheitsanlage keine eigentliche Existenzberechtigung hat, rasch zu beseitigen, ehe es sich zu stark festgesetzt hat und ev. noch andere psychogene Symptome nach sich zieht. Das folgende Verfahren hat sich mir sehr wirksam erwiesen: Suggestion: „Das Schütteln wird durch den elektrischen Strom beseitigt und wird auch nachher nicht wiederkehren. Der Strom muß solange verstärkt werden, bis das Schütteln aufhört. Sollte es nach Ausschalten des Stroms wiederkehren, so muß jedesmal mit stärkerem Strom elektrisiert werden." — Bei ausgeschaltetem Strom indifferente Elektrode auf die Schulter, differente Elektrode auf den Erbschen Punkt der schüttelnden Körperhälfte. Einschalten des faradischen Stroms. Verminderung des Rollenabstandes solange, bis der Arm stillgestellt ist. Nachdem der Arm etwa eine halbe bis eine Minute stillstand, langsames Vergrößern des Rollenabstands bis zur Ausschaltung des Stroms. Bei Wiedereinsetzen von Schüttelbewegungen sofortige ruckweise Verstärkung des Stroms bis zur Stillegung des Arms, dann nach einer Minute wieder langsames Vermindern des Stroms bis zur Ausschaltung. Das langsame Ausschleichen der Ströme ist zweckmäßig, weil bei plötzlichem Ausschalten leichter wieder Zuckungen auftreten.

Bei Schütteltremor beider Arme nehme ich zunächst den Plexus der einen Seite, dann den der anderen in Angriff. Tritt bei der letzteren Applikation wieder Schütteln in dem erstbehandelten Arm auf, so wird in der gleichen Weise bipolar von beiden Plexus aus faradisiert. Bei Schütteltremor des ganzen Körpers werden zuerst die Arme, dann die Beine, am besten von der Reizstelle des N. femoralis in der Leistengegend aus, in gleicher Weise faradisiert. Je hartnäckiger der Schütteltremor ist, um so länger muß die Applikation angewandt werden. Das Verfahren hat mich bei frischen Fällen ohne endogene Veranlagung stets in fünf Minuten zu vollem Erfolg geführt. In einzelnen Fällen, in denen am nächsten Tag wieder Schütteln vorhanden war, führte die Suggestion, daß der Strom eben noch nicht stark genug genommen worden sei, und ein zweites Faradisieren zum Ziel, ohne daß starke Ströme notwendig wurden.

Hartnäckiger sind veraltete Fälle, die schon in mehreren Lazaretten verschiedene erfolglose Behandlungen durchgemacht haben. Mit der nötigen Geduld und Energie kommt man meist auch hier zum Ziel; nur

sind von dem Patienten keine so plötzlichen Heilungen zu verlangen. Man wird auch hier den Strom solange verstärken, bis, während er durch den Körper geht, das Schütteln aufhört, wird sich aber damit begnügen müssen, wenn nach der ersten faradischen Sitzung, die man nicht zu schwach nehmen darf, das Schütteln zunächst geringer bleibt als vorher, und wird dann in den folgenden Sitzungen auf suggestivem Wege eine vollständige, dauernde Beseitigung der Störung durch Faradisieren in der angegebenen Weise erreichen. Bei diesen veralteten Fällen brauchen die Patienten eine gewisse Zeit, um ihre psychische Einstellung so umzukehren, daß der Erfolg möglich und dauerhaft wird. Hier füge ich nach den ersten zwei oder drei faradischen Sitzungen, die täglich ausgeführt werden, gerne eine ein- bis dreitägige Pause ein, nachdem ein mäßiger Erfolg erzielt ist, und beginne dann aufs neue. Auf diese Weise wird auch in den Patienten die Überzeugung gefestigt, daß der Arzt nicht mehr verlangt, als sie leisten können, daß er aber das, was er verlangt, auch unerbittlich durchsetzt.

Unter im ganzen 46 Fällen, in denen das Zittern sehr auffällig war, sind 6 von mir nur ambulant untersucht worden. Unter diesen Fällen waren drei dienstunbrauchbar, weil eine schwere endogene Psychopathie bestand, alle drei waren nicht im Feld gewesen. Ein vierter Fall war sehr Basedow-verdächtig, zwei weitere Fälle, die im Feld gewesen waren, nahm ich gleich in faradische Behandlung, eine Lazarettaufnahme wurde bei ihnen nicht nötig.

Bei 16 von den Patienten, die ins Lazarett aufgenommen waren, verlor sich das Zittern bei Nichtbeachtung und Ruhebehandlung. Bei einem erheblichen Teil dieser Fälle war wahrscheinlich die Fernwirkung des faradi-
einigen dieser Fälle verschwand das Zittern an dem Tag, auf
schen Apparats ein ganz bedeutender Heilfaktor. Bei
den die faradische Behandlung angekündigt war. Bei den meisten Fällen waren noch andere Nervensymptome vorhanden. Bei der überwiegenden Mehrzahl war das Zittern im Feld entstanden, meist, aber nicht immer, im Anschluß an eine Granatverletzung oder Granaterschütterung, vereinzelt ohne jedes körperliche Trauma. Bei den Fällen, die in der Heimat erkrankt waren, fehlte das

körperliche Trauma immer, ein Fall stammt sogar aus der Zivilbevölkerung. Auch dieser letztere ging in Heilung über. In allen Fällen verschwand der Tremor, sechs wurden dienstfähig, neun garnisondienstfähig entlassen.

Bei vier Fällen, die alle im Feld erkrankt waren, wurden die oben erwähnten intravenösen Laudopan-Injektionen in Verbindung mit der nötigen Suggestion gemacht. In einem Fall Dauerwirkung nach einer, in einem Fall nach zwei Injektionen. Bei dem dritten Fall war nach zwei Injektionen der Tremor bis auf Spuren verschwunden; der letzte Rest wurde durch einmalige Faradisation vom Plexus brachialis aus beseitigt. Bei dem vierten Fall war nach vier Injektionen der Tremor verschwunden, um bei der ersten Andeutung der Entlassung wieder in geringem Maße aufzutreten. Auch hier verschwand er nach Faradisieren vom Plexus brachialis aus; ich fürchte aber, daß der endogen psychopathisch veranlagte auswärtige Patient wieder rückfällig werden wird, obwohl ihm mitgeteilt wurde, daß er auf sechs Monate garnisondienstfähig geschrieben sei, eine Konzession, die bei anderen Fällen nicht nötig war, und die ich nur ganz ausnahmsweise mache.[6])

Bei 14 weiteren Fällen wurde vom Plexus brachialis aus faradisiert. Alle erhielten zuerst noch Ruhebehandlung. Bei neun von diesen Fällen verschwand das Zittern nach einmaligem Faradisieren restlos, um nicht wiederzukehren. Bei drei Fällen führte zwei- bis dreimaliges Faradisieren zu vollem Erfolg, bei zwei Fällen wurde durch mehr als dreimaliges Faradisieren das Zittern beseitigt.

Bei sechs Fällen bestand das Zittern neben anderen schweren funktionellen Krankheitszeichen schon sehr lange und war sehr hartnäckig. An diesen Fällen waren schon besonders viele ergebnislose Heilungsversuche gemacht worden.

Einer dieser Fälle wurde als 30% erwerbsbeschränkt, dienstunfähig entlassen. Bei einem zweiten Fall war eine sehr energische pädagogische, durch Faradisation und drei Tage Mittelarrest unterstützte Behandlung notwendig. Der Patient — Semit — war endogen belastet, er erklärte, er mache eine Wette, daß er vom Militär freikomme. Es gelang, das Zittern restlos zu beseitigen, ebenso eine Kontraktur der rechten großen Zehe. Diese Symptome traten nicht wieder auf, doch brachte der Patient es fertig, während

---

[6]) Unter 500 Fällen dreimal.

ich im Urlaub war, wegen anderer Störungen wieder ins Lazarett zu kommen. Aus Gründen der Massensuggestion halte ich eine Entlassung des Mannes als dienstunbrauchbar nicht für angängig, obwohl manches dafür spräche. Bei dem dritten Fall dieser Gruppe, einem sehr hartnäckigen Schütteltremor des Kopfes, gelang es ebenfalls, die Störung zu beseitigen, doch halte ich einen Rückfall für wahrscheinlich.

Die drei letzten Fälle endlich boten das Bild einer schweren „Myoklonotonia trepidans", alle drei erinnerten in Haltung und Bewegung sehr an Paralysis agitans. Alle drei wurden von ihren Störungen befreit, bekamen allmählich selber Freude an der fortschreitenden Besserung und trugen dann selbst zu ihrer endgültigen Heilung sehr viel bei. Bei zwei von ihnen halte ich das Ausbleiben eines Rezidivs für sehr wahrscheinlich, bei dem dritten für möglich.

Betrachtet man die Fälle von Schütteltremor im ganzen, so zeigt sich, daß man berechtigt ist, im allgemeinen eine günstige Prognose zu stellen. Besonders wichtig ist, daß man, wo eine symptomatische Behandlung notwendig ist, als ersten Fall einen solchen mit an sich günstiger Prognose auswählt, an dem man dann die Heilung auch rücksichtslos durchführt. Je mehr günstige Präzedenzfälle vorhanden sind, um so leichter gelingt bei den späteren Fällen die Heilung. Vielleicht sind meine Resultate auch deswegen so günstig, weil ich auch bei den schwersten Fällen nicht nachgegeben habe, und weil die Patienten dies wissen. Immer zahlreicher werden die Fälle, bei denen eine besondere symptomatische Behandlung nicht nötig wird. Bei allen Kranken wurde eine allgemeine Ruhebehandlung durchgeführt, die allmählich in eine Übungsbehandlung übergeleitet wurde. Alle Kranken bekamen auch Bäder, mit allmählicher Abnahme der Temperatur und Zunahme der Zeitdauer.

Ähnlich sind die Resultate beim hysterischen Tik (12 Fälle).

Ein Fall von Tik der Hals- und Schulter-Muskulatur bei angeborenem Schwachsinn hohen Grades, verbunden mit Infantilismus und anderen asthenischen und degenerativen Zeichen wurde als dienstunbrauchbar entlassen. Eine über 1 1/2 Jahre verschleppte schwere Rentenhysterie nach Granat-

erschütterung wurde sehr erheblich gebessert und dann mit niedriger Rente dienstunbrauchbar entlassen. Hier bestand eine große Anzahl hysterischer Symptome neben endogener Veranlagung.

Die übrigen zehn Fälle wurden alle entweder garnisondienstfähig oder felddienstfähig. Bei zwei Fällen verschwand das Symptom ohne spezielle Behandlung bei der üblichen Ruhetherapie mit langsamem Übergang in Übungstherapie. Bei den anderen Fällen — Tik der Gesichts-, Nacken-, Armmuskulatur — verschwand der Tik nach ein- oder mehrmaliger Faradisation vom Plexus brachialis aus.

Bei einem Fall von wurmförmigen Zwangsbewegungen in der ganzen Körpermuskulatur, verbunden mit hysterischen Allgemeinsymptomen, trat ebenfalls bei faradisch-suggestiver Behandlung wesentliche Besserung ein, doch wurde das Symptom sehr hartnäckig fixiert. Als der Patient zum achten Mal innerhalb 14 Tagen faradisiert wurde — differente Elektrode am N. femoralis —, trat nach etwa einer Minute dauernder Applikation plötzlicher Herzstillstand ein. Trotz dreiviertelstündiger künstlicher Atmung gelang es nicht, den Mann ins Leben zurückzurufen. Die Autopsie stellte einen typischen Status thymico-lymphaticus fest. Es handelte sich demnach um einen „plötzlichen Thymustod". Der Unglücksfall war zugleich ein Experimentum crucis für die Methode der Massensuggestion. Von den anderen Patienten, die bei dem Unglücksfall anwesend waren, fehlte am folgenden Morgen keiner beim Elektrisieren.

Vom Erbschen Punkt aus wurden drei Fälle von hysterischer Tachypnoe faradisch behandelt. Bei allen drei Fällen gelang es, die Tachypnoe zum Verschwinden zu bringen. Ein Patient wurde zeitig garnisondienstfähig, die beiden anderen wurden wegen schwerer anderweitiger endogener Symptome als dienstunbrauchbar entlassen, ebenso ein vierter Fall, den ich nur einmal ambulant sah. Bei keinem der Fälle war die Tachypnoe als Folge eines Trauma aufgetreten. Bei zwei Fällen kam sie in der Rekonvaleszenz von Typhus bezw. Darmkatarrh zustande, einmal infolge von Durchkältung mit Bronchitis, einmal durch die Einziehung zum Militärdienst. Bei zwei Fällen waren sehr starke Rentenbegehrungsvorstellungen vorhanden.

Eigenartige reflektorische hysterische Zwangsbewegungen wies ein Mann auf, der früher einen Schädelbruch erlitten hatte. Die Neurose kam erst bei der Einziehung zum Militär, dreizehn Jahre nach dem Trauma, zum Ausbruch: Bei der

Prüfung auf das Rombergsche Symptom fiel der Kranke blitzartig zu Boden, ohne sich zu verletzen. Das gleiche trat ein, wenn dem sitzenden Patienten die Augen zugehalten wurden. Hielt man dem liegenden Patienten die Augen zu, so wälzte er sich, bald nach rechts, bald nach links, aus dem Bett. Durch energische Suggestion in Anknüpfung an Faradisierung wurde die Störung rasch restlos beseitigt, ebenso verschwand der daneben bestehende Tik der Gesichtsmuskulatur rasch unter erziehender Behandlung mit Übungen und kühlen Bädern. Es wurde Dienstfähigkeit erzielt.

Die Fälle, bei denen das Zittern nicht lange bestanden hatte, und bei denen keine schwere endogene Belastung vorhanden ist, halte ich nach gründlicher Erholung und Heilung wieder für felddienstfähig. Es kommt aber bei ihnen sehr darauf an, daß ihr Selbstgefühl wiederhergestellt wird. Wenn bei ihnen kein rechter Gesundungswille vorhanden ist, so beruht dies in vielen Fällen nicht eigentlich auf dem Willen, sich den vaterländischen Pflichten zu entziehen, sondern auf der bis zu einem gewissen Grad berechtigten Angst, bei ähnlicher Gelegenheit wieder zusammenzubrechen. Ist hier unsere Behandlung eine derartige, daß wir nur die „Flucht in die Krankheit" in eine „Flucht in die Gesundheit" umwandeln, so haben wir keine Heilung erzielt, auch wenn die Schüttelbewegungen verschwunden sind. Ich möchte unsere ärztliche Aufgabe hier — es gilt das in gleicher Weise für alle funktionellen Störungen — sehr viel höher auffassen. Wir müssen und können meist viel mehr erreichen, wenn wir bedenken, daß wir einen Hysteriker, ähnlich wie ein Kind, das auf momentane Abwege geraten ist, nicht gleich für einen verlorenen und schlechten Menschen halten und dementsprechend behandeln dürfen: sonst bringen wir ihn auf schlechte Wege. Wir haben vielmehr die Aufgabe, ihn moralisch zu heben und seinen Willen in die rechten Bahnen zu lenken und zu befestigen. Wenn wir diesen Gesichtspunkt immer vor Augen behalten, und wenn wir ihn mit nicht erlahmender Zähigkeit verfolgen und durchsetzen, so ist unsere Therapie, auch wo sie mit kräftigen Mitteln arbeitet, moralisch berechtigt und aus diesem inneren Grund heraus

auch erfolgreich. Und wenn ich im allgemeinen Teil dieser Abhandlung den großen Wert der Massensuggestion betonte, so bleibt neben ihr noch ein reiches Feld für Individualsuggestion übrig, so daß der denkende Arzt aus jedem einzelnen Fall ein Meisterstück echter ärztlicher Kunst machen kann.

Wenn ich von der moralischen Hebung der Kranken sprach, so brauche ich dabei dem Kranken gegenüber nur wenig Worte. Schon daß der Kranke als Mensch genommen wird, der sich der Allgemeinheit und ihren Aufgaben aufopfert — ich spreche das den Kranken gegenüber nie aus —, hebt sein Selbstgefühl und bringt ihn dazu, an seiner Genesung mitzuarbeiten, was ich für das A und O einer wirksamen Neurosentherapie halte.

Für meine Kranken ist der Elektrisierapparat eine geheimnisvolle Maschine, die eine mystische, nicht definierbare Wirksamkeit entfaltet. Ich sehe in ihm ein ganz hervorragendes Mittel zur Stärkung des Willens. Ich elektrisiere den einzelnen Patienten immer in Gegenwart seiner Kameraden, und ich verlange von ihm dabei, daß er anfangs schwächere, später auch stärkere Ströme ohne Unlustäußerung und ohne Geschrei erträgt. Es ist ganz erstaunlich, wie rasch die Patienten bei dieser Methode Selbstbeherrschung lernen, zuerst gezwungen, weil sie wissen, daß ich mit dem Elektrisieren nicht aufhöre, bis sie sich zusammennehmen. Das ist es, was ich von der ersten und den folgenden elektrischen Sitzungen unbedingt verlange und unerbittlich durchsetze. Um möglichst geringe Tiefenwirkung zu erzielen, setze ich die indifferente Elektrode immer in die Nähe der differenten Elektrode. Ich wende in der ersten Sitzung womöglich nicht gleich starke Ströme an, weil ich meine Therapie immer darauf einrichte, daß sie mit möglichst geringem Kraftaufwand zum Ziel führt, und daß mir immer noch eine Steigerung der Einwirkung in Reserve bleibt. Dagegen halte ich gar nichts von der elektrischen Kitzelmethode, die man von irgendwelchem, nicht sachverständigen Pflegepersonal ausführen läßt. Da die Wirkung des Elektrisierens nicht von dem Apparat, sondern von den an ihn geknüpften Suggestionen abhängt, so ergibt sich von selbst, daß der sug-

gerierende Arzt diese kräftige Individualsuggestion selbst auszuüben hat.

Wenn man von dem faradischen Apparat von dem Gesichtspunkt aus Gebrauch macht, daß er nicht bloß ein symptomatisches, sondern auch ein kausales Mittel zur Behandlung des Allgemeinzustandes ist, so wird man sowohl in der Stärke als in der Art der Anwendung das Richtige treffen. Wo es notwendig ist, scheue ich mich nicht vor der Anwendung starker Ströme, aber ich versuche immer mit der Therapie auszukommen, die eben noch zum Ziel führt. Den Fällen, die mir gleich in der ersten Sitzung einen vollen Erfolg zugeben, traue ich bezüglich Rezidivgefahr am allerwenigsten, weil sie oft keine große Willensstärke haben. Bei ihnen halte ich eine um so gründlichere allgemeine Nachbehandlung für notwendig.

Aus dem gleichen Grund will mir die von Nonne warm befürwortete und glänzend ausgeführte Hypnosenbehandlung nicht ganz einleuchten. Das wichtigste Bedenken dagegen scheint mir das zu sein, daß Nonne durch die Hypnose nur etwa 50 bis 60% seiner Fälle heilt. Es sind das die hypnotisierbaren Willensschwachen. Es würde also gerade eine schlechte Auslese getroffen, indem die an sich psychisch Widerstandsfähigen nicht geheilt würden.

Gegen das von Kaufmann wieder empfohlene Verfahren der Heilung in einer Sitzung habe ich das Bedenken, daß es den Willen zerbricht und dadurch wirksam ist, während das gleichfalls alte mehr allmähliche Verfahren den Willen zugleich kräftigt und in normale Bahnen lenkt.

Welche „Methode" der Behandlung man auch anwendet, eines ist sicher: Die Tremorformen, die psychisch fixierte oder reproduzierte Schreckneurosen darstellen, sind heilbar und müssen unter allen Umständen geheilt werden. Wir müssen verlangen, daß diese Fälle möglichst frühzeitig in sachgemäße Behandlung kommen, in solchen Stationen, deren Leiter sich auf diese Krankheiten verstehen und die dafür notwendige Energie, Menschenkenntnis und Geduld besitzen.

Bewegungsbehinderungen.

Das Sanitätsamt des 13. (K. W.) Armeekorps verlangt bei jedem Dienstunbrauchbarkeitszeugnis, bei dem es sich um Bewegungsstörungen handelt, einen elektrischen Untersuchungsbefund. Diese Anordnung ist meines Wissens noch nicht in allen Korpsbezirken des Deutschen Reichs eingeführt. Ihre Einführung würde in vielen Fällen Dienstfähigkeit anstatt Dienstunbrauchbarkeit mit Rente zur Folge haben. Wie wichtig diese Maßnahme ist, mögen einige Zahlen zeigen:

Unter 255 Fällen von Bewegungsbehinderungen fand die Bewegungsstörung in acht Fällen ihre vollständige Erklärung in mechanischen Hindernissen, organischen Gelenkversteifungen, Muskelzertrümmerungen, Sehnendefekten und -verwachsungen, Sehnenscheidenentzündungen usw.; bei acht Fällen lagen zerebrale organische Lähmungen vor, meist durch Kopfschuß bedingt, aber einmal auch Hirntumor, zweimal Hirnembolie bei Myokarditis. Bei vier Fällen war die Bewegungsstörung durch eine Rückenmarksverletzung verursacht, in je einem Fall bestand eine juvenile Muskeldystrophie und eine multiple Hirn- und Rückenmarkssklerose. Der letztere Patient war 21 Monate im Feld gewesen, bis eine akute Verschlimmerung ihn zur Aufgabe des Dienstes zwang.

Bei 112 Fällen lag die Ursache der Lähmung in einer organischen Schädigung peripherer Nerven, viermal durch Neuritis, 108 mal durch Verletzung. Bei einem Teil dieser Fälle lagen Fernschädigungen der Nerven vor, bei denen oft teilweise oder vollständige Wiederherstellung der Funktion eintrat.

Bei 121 Fällen, also fast der Hälfte der von mir untersuchten Bewegungsbehinderungen, waren funktionelle Störungen vorhanden. Bei 30 unter diesen Fällen bestand eine Kombination zwischen organischen und funktionellen Störungen, 18 von diesen kamen in stationäre Lazarettbehandlung, davon stehen drei wesentlich gebesserte Fälle noch in Behandlung, ein vierter Fall wurde nur wenig gebessert in ein anderes Lazarett verlegt, hat sich aber dort nach Tenotomie sehr gebessert. Bei den übrigen 14 Fällen gelang es, die funktionelle Komponente der Störungen vollständig zu beseitigen. In letzter Zeit sah ich viel weniger funktionelle Überlagerungen bei organischen Störungen als im Anfang meiner Tätigkeit. Wahrscheinlich rührt dies daher, daß die Patienten auch außerhalb des Lazaretts sich mehr Mühe geben, seit sie wissen, daß ihre Störungen genau untersucht und gegebenenfalles energisch behandelt werden.

Wie im allgemeinen Teil angeführt wurde, mache ich schon die elektrische Untersuchung von therapeutischen Gesichtspunkten aus. Ich wende bei geeigneten Fällen schon bei der Untersuchung den „elektrischen Wink mit dem Zaunspfahl" an. Dazu sind, wenn der Ruf des Lazaretts ein entsprechender ist, keine starken Ströme und auch keine lange Dauer der Applikation nötig. Die Patienten erfahren bei der Untersuchung, daß die elektrische Maschine die Heilbarkeit ihrer Störung anzeigt, und daß eine Heilung auch ohne Lazarettbehandlung möglich sei, daß sie aber im Lazarett mit Sicherheit sich durchsetzen lasse. Die Patienten wissen schon von anderer Seite, daß das richtig ist, und daß auch widerstrebende Patienten zur Heilung gebracht werden, wenn nötig unter Anwendung eines ziemlich großen Grades von Rücksichtslosigkeit. So erklärt es sich, daß von den 91 rein funktionellen Fällen 34 nicht zur stationären Lazarettbehandlung kamen. Bei der überwiegenden Mehrzahl dieser Fälle ist anzunehmen, daß die „ambulante diagnostische Therapie" genügt hat, um eine erfolgreiche Behandlung im Truppenrevier zu ermöglichen. Von einem Teil der Fälle weiß ich das durch Mitteilung der Truppenärzte. Das Verfahren hat den Vorzug, daß eine in keiner Weise rigorose Methode durch Suggestion so gestützt wird, daß sie die Heilung herbeiführt oder mindestens schon gut vorbereitet. Daß das Verfahren auch in prophylaktischer Richtung günstig zu wirken scheint, habe ich schon angeführt. Es wird dadurch für Arzt und Patienten manche Mühe und Unannehmlichkeit erspart und mancher funktionellen Späterkrankung vorgebeugt.

Von den 57 schwereren Fällen, die zur Lazarettaufnahme kamen, wurden zwei als dienstunbrauchbar mit Rente entlassen. Beide stammen aus der allerersten Zeit meiner Tätigkeit und mußten damals aus Gründen der Massensuggestion möglichst rasch von der Station entfernt werden. Vier Fälle stehen noch in Behandlung, sind auf dem Weg der Besserung und werden geheilt werden.

Die übrigen 51 Fälle wurden dienstfähig oder garnisondienstfähig entlassen. Bei 46 von ihnen scheint die

Heilung angehalten zu haben. Ein großer Teil von ihnen steht wieder im Feld.

Drei von den 51 Fällen wurden wieder ins Lazarett eingeliefert, weil sie bei der Truppe nicht mitmachen konnten. Der eine ist ein Psychopath, der nur aus Gründen der Massensuggestion nicht dienstunfähig entlassen wird; der zweite stammt aus einer offensichtlich wenig kriegsbegeisterten Familie, zwei Brüder haben der Simulation überführt werden können. Er wird von anderer Seite für akromegalieverdächtig gehalten; ich kann mich aber von dieser Krankheit nicht überzeugen. Der dritte Fall litt an funktionellen Gehstörungen, die an eine Kleinhirnerkrankung hatten denken lassen. Alle drei Fälle wurden nach kurzer zweiter Lazarettbehandlung garnisondienstfähig entlassen. Ein vierter Fall mit einer im Lazarett geheilten funktionellen Gehstörung am rechten Bein wurde von mir auf der Straße an einem Stock schwer hinkend wieder angetroffen. Eine Meldung an den Truppenarzt mit Empfehlung der Bestrafung im Wiederholungsfall scheint hier Abhilfe geschaffen zu haben. Ein fünfter Fall, eine sogenannte „Wirbelsäuleninsuffizienz", die vollkommen geheilt war, wurde bei der Truppe rückfällig, eine erneute Heilung ließ sich im Truppenrevier ermöglichen.

Daß die Zahl der funktionellen Bewegungsstörungen unter meinen Fällen relativ hoch ist, hat seine Ursache zum Teil darin, daß die die Bewegungsstörung auslösende Verletzung oft außerordentlich lange — bis zu zwei Jahren — zurücklag. Bei manchen dieser Patienten war wohl zweifellos früher eine organisch bedingte Lähmung vorhanden gewesen, durch Fernschädigung der betreffenden Nerven; eine frühzeitig vorgenommene und in etwa vierwöchigen Intervallen wiederholte neurologische Untersuchung hätte zweifellos oft die organische Heilung nachweisen lassen und damit dem funktionellen Fortbestehen der Störung vorgebeugt. Zugleich hätte sich durch galvanische Behandlung ein höherer Grad von Atrophie verhüten und die organische und funktionelle Wiederherstellung beschleunigen lassen.

Auch aus dem Grund halte ich eine frühzeitige Untersuchung dieser Fälle für notwendig, weil es bei den Patienten mit an sich günstiger Prognose wichtig ist, daß sie auf Grund der Untersuchung wissen, daß die Bewegungsstörungen keine davor bewahrt, sich in die Rolle des dauernden Kriegsinvaliden einzuleben. Man trägt dadurch zu einer rascheren und schmerzloseren bleibenden sind. Die Kranken bleiben dann von vornherein Heilung wesentlich bei.

Selbstverständlich ist, daß vor jedem operativen Eingriff an Nerven eine — womöglich in einem Abstand von mindestens 14 Tagen wiederholte — elektrische Untersuchung gemacht werden muß. Eine Wiederholung der Untersuchung halte ich für wichtig, weil bei manchen Fällen nur durch sie festgestellt werden kann, ob eine spontane Heilung eintritt oder

nicht. Die durch diese Forderungen bedingte Mehrarbeit lohnt sich reichlich durch die besseren Heilresultate.

Auch vor der Anschaffung von Stützapparaten an den oberen und unteren Extremitäten halte ich die elektrische Kontrolle für wünschenswert, damit im gegebenen Fall die Patienten von vornherein wissen, daß es sich nur um eine vorübergehende Maßnahme handelt. —

Die funktionellen Bewegungsstörungen können auf sehr verschiedene Art zustandekommen. Ist die Störung auf den Innervationsbezirk eines Nerven begrenzt, in dessen Nähe eine Verletzung stattgefunden hat, so braucht trotzdem keine organische Lähmung vorzuliegen. Hier bestand wohl anfangs eine durch Fernschädigung bedingte organische Lähmung; nach der organischen Heilung ist die Funktion nicht wiedergekehrt, obwohl die organischen Vorbedingungen für ihre Wiederkehr vorhanden waren. Es handelt sich hier um ursprünglich organische, später psychisch fixierte Lähmungen, die sich in prognostischer und therapeutischer Beziehung wie psychogene Lähmungen verhalten. Durch frühzeitige Beschaffung von Stützapparaten kann diese psychische Fixierung unter Umständen befördert werden.

In anderen Fällen haben die Patienten lange einen Gipsverband getragen und sind daran gewöhnt, ohne Bewegung der verletzten Extremität leben zu können. Sie bringen nach der langen Krankheit nicht mehr die nötige Energie auf, die dazu gehört, durch Übung die verletzte Extremität wieder beweglich zu machen, um so mehr, wenn durch die Dauer des immobilisierenden Verbands Versteifungen entstanden sind, deren Lösung Schmerzen bereitet.

In einem anderen Fall liegen zwei Patienten mit ähnlichen Verletzungen im gleichen Krankenzimmer: bei dem einen ist eine organische Nervenlähmung vorhanden, bei dem anderen entsteht psychogen eine funktionelle Lähmung (psychische Infektion).

Noch auf sehr verschiedenen Wegen können funktionelle Lähmungen entstehen. Begehrungsvorstellungen können zu ihrer Fixierung, häufig unbewußt, sehr wesentlich beitragen. Doch sah ich bei längerer Dauer von Lähmungen diese Begehrungsvorstellungen bei einzelnen Kranken wieder zurücktreten, weil ihnen die Lähmung auf die Dauer sehr lästig war. Diese Kranken waren offensichtlich dankbar dafür, daß man sie von ihrem Zustand befreite.

Alle funktionellen Bewegungsstörungen haben das Gemeinsame, daß sie verhältnismäßig leicht heilbar sind, wenn der Arzt sich auf ihre Behandlung versteht.

Die Therapie führt auf den verschiedensten Wegen

zum Ziel. Durch Hypnose, durch faradische Ströme können funktionelle Lähmungen und Kontrakturen in einer Sitzung beseitigt werden.[7]) Ich bevorzuge die Übungsbehandlung, bei der der Patient an seiner Genesung mitarbeiten muß. Den ersten Sprung über das psychische Hindernis setze ich nach altbewährter Methode meist mittelst des faradischen Stroms durch, der so lange verstärkt wird, bis der Patient eine kleine Bewegung selbsttätig macht. Zugleich erfährt der Patient, daß man genau feststellen kann, was er bewegen kann. Das übrige hat er durch Üben zu erreichen. Täglich wird ein kleiner Fortschritt verlangt. Ist der Fortschritt nicht vorhanden, so wird er mit dem faradischen Strom erzwungen. Wenn der Patient fleißig übt und gute Fortschritte macht, genügt unter Umständen das erste diagnostische Elektrisieren und braucht nicht wiederholt zu werden, besonders wenn die Patienten wissen, daß der Arzt konsequent ist und nicht locker läßt. In einzelnen Fällen empfiehlt es sich, kleine Fortschritte nicht zu bemerken, so daß der Kranke, ohne es selber zu merken, durch Summation kleiner Fortschritte gebessert wird. Wo häufiger faradisiert werden muß, lasse ich immer von Zeit zu Zeit ein paar Tage Pause eintreten, damit der Patient nicht zu sehr angestrengt wird und auch keine Abstumpfung gegen den faradischen Strom eintritt. Wenn der Patient sich Mühe gibt, wird er gelobt, im anderen Fall zu fleißigerem Arbeiten ermahnt. Genau muß vorher festgestellt sein, was im gegebenen Fall erreichbar ist, damit man nichts Unmögliches von den Patienten verlangt, auf der anderen Seite aber auch alles durchsetzt, was im Einzelfall erreichbar ist. Dabei ist in Rechnung zu ziehen, daß nach langdauernden Lähmungen eine gewisse Schwäche besteht, die durch Üben erst allmählich ausgeglichen werden kann. In vielen Fällen geht so die Hei-

---

[7]) Die Resultate der „Heilungen in einer Sitzung" sind zunächst verblüffend, die Dauer der Heilungen und die erreichte Dienstfähigkeit sind aber außerordentlich unbefriedigend (vgl. Wilmanns, Kriegstagung des deutschen Vereins für Psychiatrie, München, 21. September 1916).

lung nach dem ersten kleinen Suggestiverfolg „von selbst" weiter, ohne daß noch großer Energieaufwand nötig ist, bei anderen Patienten muß man jeden Tag um einen neuen kleinen Erfolg ringen. Gerade bei diesen Fällen ist ein auf dem Weg der Besserung befindlicher gleichartiger Fall oft von unschätzbarem Wert. Wesentlich erleichtert wird die Behandlung durch die gemeinsame exerziermäßige Vornahme der Übungen, bei denen der Arzt anwesend ist und zugleich durch Elektrisieren nachhilft, wo es nötig ist. Bei manchen Lähmungen hat sich das Üben im warmen Bad besonders bewährt, weil dabei die Schwere ausgeschaltet wird. Massage und passive Bewegungen unterstützen die Heilung.

Kontrakturen werden mit Unterstützung des faradischen Stroms zunächst passiv gelöst und ihr Wiedereintreten durch einen fixierenden Verband vorläufig verhütet, bis durch Übung die schwächeren Antagonisten wieder soviel Kraft gewonnen haben, daß keine Kontraktur mehr eintritt. Bei funktioneller Beugekontraktur im Kniegelenk ist das Faradisieren vom N. femoralis aus von sicherer Wirkung, bei Kontrakturen im Fußgelenk Faradisieren vom N. peroneus und tibialis aus abwechslungsweise. Die Übungen geben bei Fingerkontrakturen im warmen Handbad gute Erfolge. Auch hier unterstützen passive Bewegungen und Massage die Heilung.

Das Elektrisieren bei schlaffen Lähmungen nehme ich je nach der Art der Lähmung von den entsprechenden Nerven- oder Muskelreizpunkten aus vor, den Strom nicht zu schwach, aber zunächst auch nicht sehr stark, doch so, daß kräftige Kontraktionen erzeugt werden.

Sehr empfehlenswert ist auch das Verfahren, daß man mit einem kräftigen faradischen Strom überraschend irgendeine distale, womöglich etwas empfindliche Stelle der gelähmten Extremität reizt und dadurch eine Abwehr- oder Ausweichbewegung erzeugt. Die Patienten sehen dann sofort, daß die Extremität nicht im strengen Sinn gelähmt ist.

In anderen Fällen kann man in funktionell gelähmten Muskeln die ersten Bewegungen dadurch erzielen, daß man solche Bewegungen auf Kommando ausführen läßt, bei denen

die gelähmten Muskeln mitbeteiligt sind, ohne daß der Patient es weiß.

Die bisher besprochenen Lähmungen und Kontrakturen betrafen die Extremitätenmuskulatur. An anderen Bewegungsstörungen seien noch folgende genannt: Aphonie bekam ich achtmal in Behandlung. Ich behandle sie nach altem Brauch so, daß die indifferente Elektrode auf die Schulter, die differente Elektrode neben den Kehlkopf aufgesetzt wird. Dem Patienten wird vorher gesagt, daß man sich mit einem ganz schwachen Ton bei der ersten Sitzung begnügen wird, daß dieser aber durchgesetzt wird. Dann steigert man unter stetiger Aufforderung zur Phonation langsam den Strom, bis der Patient ein tonhaltiges „A" herausbringt. Ist das erreicht, so wird die Sitzung abgebrochen und das Weitere durch Übung mit Suggestion und ev. elektrischer Nachhilfe gemacht. Da auch hier die Patienten zur psychischen Umschaltung etwas Zeit brauchen, so verstärkt sich die Wirkung der ersten Faradisation ohne weiteres Faradisieren in den nächsten Tagen von selber. Auch das Mucksche Kugelverfahren oder die Reizung der Stimmbänder mit einem Haarpinsel halte ich für wirksam. Meine acht Fälle wurden alle geheilt, fünf nach einmaliger faradischer Sitzung, zwei nach mehrmaliger, bei einem mußte wegen eines leichten Rezidivs ein zweites Mal faradisiert werden. Auch hier ist nicht der Strom das Heilmittel, sondern die daran geknüpfte Suggestion. Ich halte die funktionelle Aphonie für die prognostisch günstigste Form der Hysterie, die außerordentlich leicht zu heilen ist. Ich rate daher, wenn man im Interesse der Massensuggestion einen raschen Heilerfolg nötig hat, gerade eine solche Aphonie in Behandlung zu nehmen. Die Tatsache, daß unter acht Fällen bei fünf ein zweites Faradisieren nicht mehr nötig war, zeigt deutlich, daß das Verfahren in dieser Form von genügender Wirksamkeit ist.

Drei Fälle von hysterischer Taubstummheit wurden rasch in einer Sitzung mit dem faradischen Strom geheilt (s. o.).

Ich habe sieben Fälle von funktionellem Stottern

in Behandlung gehabt. Bei zwei Fällen verschwand das Stottern mit den übrigen Erschöpfungs- und Schrecksymptomen gleichzeitig bei einfacher Ruhebehandlung. Bei vier von den fünf anderen Fällen wurde es durch kombinierte elektrische und übende Behandlung ganz beseitigt, in einem letzten Fall — Rentenhysteriker — ganz wesentlich gebessert. Die Therapie wird so eingerichtet, daß die Patienten am Elektrisierapparat Sprachübungen machen. Auch hier begnüge ich mich mit anfänglichen kleinen Erfolgen, die meist mit schwachen Strömen von kurzer Dauer erreicht werden und durch tägliche Apposition rasch zunehmen. Vor der Anwendung sehr starker Ströme möchte ich bei Stotterern warnen, weil dadurch unter Umständen die Sprachstörung verstärkt werden könnte. Bei zwei Patienten verschwand gleichzeitig mit der Sprachstörung auch eine Gedächtnis- und Assoziationshemmung mit einem Schlag. Auch in diagnostischer Beziehung ist das Faradisieren von großem Wert.

Funktionelle Harnverhaltung verschwand in einem Fall unter entsprechender Allgemeinbehandlung, in dem zweiten Fall nach einmaligem Katheterisieren. Ihre Beseitigung wird wohl kaum je große Schwierigkeiten machen. Sollte das einmal der Fall sein, so würde ich bougieren, dabei mit kleinen Kalibern anfangen und die Suggestion daran knüpfen, daß jeden Tag eine stärkere Nummer genommen werde. Auch hier wird man nicht gleich zu den stärksten Kalibern in der ersten Sitzung greifen, weil ihre Anwendung meist nicht notwendig wird.

Funktionelle Urininkontinenz habe ich in fünf Fällen behandelt, in allen mit vollem Erfolg. Ein konkretes Beispiel, wie man hier therapeutisch vorgehen kann, sei kurz angeführt:

Ein Patient mit „Harnträufeln bei Tag" kommt zur Aufnahme. Er wird in das gleiche Zimmer gelegt, in dem vor einigen Wochen ein ähnlicher Fall mit günstigem Ausgang gelegen war. Der Neuankömmling erfährt mit Sicherheit „zufällig", daß jener Fall rasch durch Elektrizität geheilt worden ist, vielleicht erfährt er auch zugleich, daß das Elektrisieren von jenem Patienten unangenehm empfunden wurde. Der Patient wird von dem Stationsarzt gemeinsam mit dem Hilfsarzt untersucht. Es stellt sich bei der Unter-

suchung heraus, daß der Fall gerade so liegt, wie jener frühere Fall. Es wird strenge Bettruhe und strenge Diät verordnet, um von der Blase jeden Reiz fernzuhalten. Der Hilfsarzt fragt, ob er Tinctura strychni geben soll. — „Warum wollen Sie das geben?" — „Weil es sich um eine Schließmuskelschwäche handelt und weil Strychnin in kleinen Dosen muskelkräftigend wirkt." — „Gut, geben Sie Tinctura strychni, dreimal täglich sechs Tropfen, aber genau abzählen! Sollte trotzdem noch Harnträufeln auftreten, so muß sofort die Blase elektrisiert werden, zunächst von außen, was ja nicht so sehr schmerzhaft ist. Sollte auch darnach das Leiden noch nicht ganz behoben sein, dann müßten wir die Blase von innen her elektrisieren; das macht dann allerdings erhebliche Schmerzen, hilft aber ganz sicher."

Bei einem Fall ist darauf ohne weiteres die Störung verschwunden. Bei je einem Fall mußte ein-, zwei- und dreimal faradisiert werden, bei einem letzten Fall noch etwas öfter. Von innen her brauchte nie elektrisiert zu werden. Die angewandten Ströme waren durchaus mäßig, die Dauer der einzelnen Sitzung eine bis höchsten vier Minuten.

Andere haben von Bougieren der Harnröhre Gutes gesehen. Bei einem meiner Fälle habe ich durch unerwartetes Katheterisieren dem Kranken gezeigt, daß seine Blase einen halben Liter Urin enthielt, die Lähmung also keine absolute sein könne. Das Verfahren machte bei dem sehr refraktären Patienten Eindruck und erleichterte die weitere Behandlung.

Anfälle.

Wegen „Anfällen" wurden 28 Fälle eingeliefert. Bei der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle war vorher von irgendeinem Arzt die Diagnose „Epilepsie" gestellt worden.

Ich betrachte zuerst die 16 Fälle, bei denen im Lazarett Anfälle beobachtet wurden. Unter diesen war sicher kein epileptischer. Alle lassen sich zwanglos unter den Begriff der Hysterie einreihen. Von ihnen konnten vier als dienstfähig, zwölf als garnisondienstfähig entlassen werden, nachdem sie längere Zeit keinen Anfall mehr bekommen hatten und psychisch und moralisch wesentlich gekräftigt waren. Zwei dieser Fälle sind draußen wieder rückfällig geworden. Das Bewußtsein war scheinbar im Anfall erloschen, doch reagierten alle im Anfall auf jede Art der Suggestion, wie ein in Hypnose versetzter Mensch. Ich lasse mich zu allen Anfällen rufen und komme, da ich im Lazarett wohne, meist rechtzeitig dazu. In der Mehrzahl der Fälle löse ich selbst aus diagnostischen und therapeutischen Gründen einen Anfall aus.

Meine Behandlung — auch diese ist nicht neu — gründet sich auf die Erfahrungstatsache, daß der Hysteriker

im Anfall leichter suggestibel ist als im Wachzustand. Man kann hier von Hypnose sprechen, und ich halte das Hypnoseverfahren bei diesen Fällen für berechtigt, bei denen schon spontan hypnoseartige Zustände von vermindertem Bewußtsein mit erhöhter Suggestibilität auftreten. In dem spontan aufgetretenen oder von mir ausgelösten Anfall versuche ich, den Patienten ganz in die Hand zu bekommen, indem ich den Anfall durch Suggestion leite und später abschneide. Auf der Höhe der Suggestibilität wird dem Kranken dann suggeriert, daß dies der letzte Anfall sei und keiner wieder auftreten werde. „Die Krankheit hat sich ausgetobt." Meist ist diese Suggestion von Erfolg. Die Behandlung ist aber damit nicht abgeschlossen, sondern eine energische willensstärkende Nachbehandlung muß zu verhüten suchen, daß unter ungünstigen Verhältnissen wieder Anfälle auftreten. Das Auslösen des Anfalls ist auch von Wert, wenn es nicht gelingt. Bei Fällen, bei denen die hysterische Natur der Anfälle sich auf anderem Wege sicherstellen ließ, zeigt das Ausbleiben von Anfällen auf energische auslösende Suggestion hin, daß bei dem Patienten die Störung durch den Willen unterdrückt werden kann; dies „ist ein günstiges Zeichen".

Da Vasomotorenstörungen zweifellos oft bei den Anfällen mit im Spiel sind, wird das beste Vasomotorentonikum, das kühle Bad, angewandt, von dem ich auch sonst bei der Behandlung funktioneller Störungen reichlich Gebrauch mache. Es wird mit einem Bad von 35° C und fünf Minuten Dauer begonnen und jeden Tag oder dreimal wöchentlich ein Bad verabreicht, jedes Bad einen Grad niedriger und eine Minute länger, bis 25° C und 15 Minuten Dauer erreicht sind, mit welcher Dosis dann fortgefahren wird. Außerdem wird zur Stärkung der Energie des Patienten der elektrische Strom verwandt, indem man von der Stelle aus, von der aus der Anfall ausgelöst worden war, die Neigung zu Anfällen „herauszieht". Der Zweck dieser faradischen Behandlung, daß die Selbstbeherrschung der Patienten geübt und ausgebildet werden soll, wird dadurch erreicht, daß von den Patienten verlangt wird, daß sie die angewandten Ströme

ruhig und ohne Schmerzäußerung ertragen. Zugleich ist die Reaktion auf die Ströme ein guter Gradmesser für die erreichte Willensgymnastik. Daß man dazu nur mittelstarke Ströme braucht, ist selbstverständlich. Das Selbstvertrauen des Patienten wird dadurch gestärkt, daß man ihm zeigt, daß jetzt von der Stelle aus, von der früher der Anfall sich auslösen ließ, kein Anfall mehr ausgelöst werden kann.

Als auslösendes Mittel für die Anfälle benütze ich gewöhnlich unter entsprechender Suggestion einen Druck auf die Gegend des Plexus aorticus abdominalis. Doch kann natürlich jede andere Körperstelle ebenso als „hysterogene" Zone und jedes andere Verfahren mit der entsprechenden Suggestion zur Auslösung von Anfällen verwendet werden. Ich habe mit dem Auslösen von Anfällen die gleiche Erfahrung gemacht wie Nonne mit der Hypnose. Das Auslösen der Anfälle will jetzt oft viel schwerer gelingen als im Anfang. Es ist dies eine Wirkung der Massensuggestion. Die Patienten wissen, daß die hysterischen Anfälle auf meiner Station weder auf Arzt noch auf Pflegepersonal einen tiefgreifenden Eindruck machen. Außerdem habe ich einige Rentenbegutachtungsfälle auf der Station gehabt, die sich in diesen Dingen sehr genau auskannten.

Daß ich keinen meiner Fälle als dienstunbrauchbar entlassen habe, hat seinen Hauptgrund in dem Gesichtspunkt der Massensuggestion. Ich glaube, daß, wenn allgemein so verfahren würde, bald die Zahl der Hysterien mit Anfällen abnehmen würde, da nach unseren Friedenserfahrungen der Mann nicht sehr zu dieser Form der Hysterie neigt. —

Schwieriger sind die zwölf Fälle zu beurteilen, bei denen im Lazarett kein Anfall zur Beobachtung kam. Zwei davon sind mir sehr auf Epilepsie verdächtig. Beide legten — nicht bloß mit Worten — Wert darauf, wieder dienstfähig gemacht zu werden. Ich habe beide als arbeitsverwendungsfähig geschrieben, weil einerseits kein sicherer Beweis für Epilepsie sich erbringen ließ, andererseits aber doch Verdachtsmomente für diese Krankheit vorlagen. Es wäre sehr zu wünschen, wenn in Meldungen und Krankengeschichten nicht bloß von einem „typischen epileptischen Anfall" geredet würde, den womöglich irgendein Kamerad beobachtet haben soll, sondern Art und Dauer der Anfälle möglichst genau

beschrieben würden. Ich glaube auch nicht jedem Arzt, wenn er von einem „typischen epileptischen Anfall" berichtet.

Für die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie erscheint mir noch wichtig zu sein, zu wissen, daß bei Patienten, die von vielen Ärzten ausgefragt worden sind, auch im hysterischen Anfall vereinzelt unwillkürlicher Urinabgang vorkommt. Bisse in die äußerste Zungenspitze habe ich mehrfach bei sicher hysterischen Anfällen gesehen, während die schweren seitlichen Zungenbisse nur bei Epileptikern vorkommen. Schaum vor dem Mund sah ich oft bei Hysterie. Anfälle, die erst vom Jahr 1914 an aufgetreten sind, sind meistens hysterische. Sicher hysterisch sind Anfälle, die länger als eine Viertelstunde dauern, sicher epileptisch solche mit einwandfrei beobachteter reflektorischer Pupillenstarre.

Bei zwei weiteren dieser Fälle muß ich die Frage offen lassen. Beide boten hysterisch-neurasthenische Symptome, aber auch einiges, was in das Bild der Epilepsie gepaßt hätte. Beide habe ich dauernd garnisondienstfähig geschrieben.

Bei den acht übrigen Fällen möchte ich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die hysterische Natur ihrer Anfälle annehmen. Bei dem größten Teil von ihnen waren Begehrungsvorstellungen im Spiel, meist auch deutliche andere hysterische Stigmata vorhanden. Einige kannten sich in diesen Fragen außerordentlich gut aus. Alle besserten sich, was Selbstbeherrschung anlangt, sehr gut und wurden teils dienstfähig, teils garnisondienstfähig geschrieben.

Die Behandlung der letztgenannten zwölf Fälle beschränkte sich auf Willensstärkung und Hebung des Allgemeinbefindens und der Selbstachtung, ähnlich der Nachbehandlung der 16 zuerst besprochenen Fälle.

Einige weitere Fälle litten an „Nachtwandeln", Sprechen im Schlaf u. dgl. Bei allen wichen die Erscheinungen rasch auf willensstärkende Allgemeinbehandlung. Epilepsie ließ sich mit Sicherheit ausschließen.

Viszerale Symptome.

Wenn ich nur kurz auf die Behandlung der viszeralen Symptome eingehe, so geschieht das nicht, weil ich ihre Bedeutung nicht richtig einschätzte, sondern weil man ihr Wesen noch zu wenig kennt, und weil vielfach eine spe-

zielle Behandlung dieser Symptome nicht nötig ist. Daß außerordentlich enge Beziehungen zwischen Seelenleben, und besonders dessen affektiver Seite und der dem direkten Willen entzogenen viszeralen Innervation bestehen, ist schon sehr lange bekannt. Daß jetzt, wo man mehr als früher auf die Funktion des vegetativen Nervensystems achtet, noch mehr Störungen auf diesem Gebiet bekannt werden, ist nicht zu verwundern.

Vasomotorenstörungen sind bei funktionellen Neurosen außerordentlich häufig. Wieweit sie nur Begleiterscheinungen und wieweit Ursache anderer Störungen sind, ist im einzelnen noch vielfach strittig. Ich achte sehr auf die Vasomotorenstörungen und sehe in einer stärkeren, auch nicht kardial bedingten Zyanose eine Kontraindikation gegen die Anwendung stärkerer faradischer Ströme. Außerdem ist mir das Verschwinden der Vasomotorenstörungen oft ein Indikator für den Grad der erreichten Besserung bezw. Heilung. In manchen Fällen ist es direkt auffallend, wie rasch sehr starke lokale oder auch diffuse Koordinationsstörungen der Vasomotoren verschwinden können.

Das beste Mittel zur Beseitigung der Vasomotorenstörungen bei funktionellen Neurosen ist die Hydrotherapie, von der ich sowohl zur Behandlung der Vasomotoren als auch der sonstigen funktionellen Störungen reichlich Gebrauch mache. Ich wende die Hydrotherapie meist in der Form an, wie ich sie oben bei der Allgemeinbehandlung der Hysterie mit Anfällen beschrieben habe. Ich sehe in dieser Bäderbehandlung ein ausgezeichnetes Tonikum in vieler Richtung. Dabei ist die Form der Anwendung eine durchaus schonende und humane, und die Patienten haben sie sehr gern.

Die „Herzneurosen" sind oft im Grund Vasomotorenneurosen, oder sie werden von solchen begleitet. Immer denke man bei „Herzneurosen" auch an die Möglichkeit einer Basedowschen Krankheit, ebenso aber auch an das Vorkommen willkürlicher psychogener und toxischer Herzbeschleunigungen (Alkohol, Koffein, Atropin). Eine besondere Behandlung der Herzneurosen ist da nötig, wo

eine organische Komponente dabei beteiligt ist. Dies ist nach meinen Erfahrungen doch recht häufig. Digitalis wirkt bei reinen Herzneurosen nicht heilend, dagegen ist sie von sehr günstigem Einfluß auf begleitende organische Herzstörungen. Aus diagnostischen Gründen wende ich sie hier gern intravenös an. In vielen Fällen scheint mir bei Herzneurosen Baldrian günstig zu wirken. Bei den weniger häufigen Herzneurosen vom vagotonischen Typus habe ich von warmen Bädern und hier und da auch von Atropin Gutes gesehen. Bei diesen scheint Digitalis ungünstig zu wirken. Bei den sympathikotonischen Herzneurosen mit starker Pulsbeschleunigung und häufig leichter Blutdruckerhöhung habe ich öfter von Morphium in der weiter unten zu besprechenden Anwendungsweise gute Dauerwirkungen gesehen. Immer verabreiche ich die oben angegebene Bäderbehandlung. Daneben ist von sehr großer Wichtigkeit die Suggestivtherapie der Ablenkung und Nichtbeachtung. Die Prognose der Herzneurosen ist günstig, wenn die Prognose der zugrundeliegenden Allgemeinneurose günstig ist. Die Belastungsproben zeigen auch, daß diese Herzen sehr leistungsfähig sein können. Sehr häufig weicht auch die Herzneurose einer vorsichtig übenden Behandlung. In letzter Zeit habe ich weniger Herzneurosen gesehen, vielleicht weil die Nichtbeachtung günstig gewirkt hat, und weil diese Neurose ebenfalls nicht zur Dienstunbrauchbarkeitserklärung führte. Diese wenigen kursorischen Bemerkungen mögen genügen; vielleicht gibt sich später einmal Gelegenheit, auf die sehr interessante und noch vielfach ungeklärte Frage der „Herzneurosen" eingehender zurückzukommen.

Ebenso seien über die Magenneurosen nur einige kurze Bemerkungen gemacht. Hypersekretionen habe ich nicht mehr häufig gesehen, sehr häufig dagegen Hyposekretionen. Diese letzteren kommen bei allgemeinen Neurosen sehr oft vor, ohne Beschwerden zu machen. In anderen Fällen wird über Druck und andere Beschwerden in der Magengegend geklagt. Auch hier wirkt Ablenkung und „freundliche Nichtbeachtung" oft sehr günstig.

Die Hyposekretionen sind oft sehr hartnäckig, was einesteils mit einer gewissen Erschöpfung, anderenteils mit der veränderten Lebensweise in Zusammenhang zu stehen scheint. Die Verdauungsfunktion leidet oft auffallend wenig unter der Sekretionsanomalie. Ich halte auch hier die allgemeine Behandlung der Neurose für das wichtigste. Bei Hypersekretion gebe ich, besonders wenn dabei Obstipation besteht, Karlsbader Salz, bei Hyposekretionen Salzsäure. Über Störungen der Magenmotilität habe ich keine Erfahrungen sammeln können, da mir ein Röntgenapparat nicht zur Verfügung steht. Ich habe aber den Eindruck, daß grobe Störungen der Magenmotilität nicht häufig sind. Wo von den Patienten die Magenbeschwerden besonders auffallend in den Vordergrund gezogen werden, haben sich Diätbeschränkungen als sehr wirkungsvoll gezeigt. Dazu ist aber eine Isolierung der Kranken mit Besuchsverbot und Überwachung notwendig, da sonst die Diätvorschriften nicht eingehalten werden.

Das habituelle Erbrechen der Nervösen beruht auf einer nervösen Insuffizienz des Kardiaverschlusses, verbunden mit einer abnormen Reflexübererregbarkeit. Vielfach wird angeraten, diese Fälle mit der Magensonde zu behandeln. Ich halte dies aus zwei Gründen nicht für praktisch: durch die Sondenbehandlung kann leicht die Insuffizienz der Kardia gesteigert werden, und die an sich zu Perversitäten neigende Seele der Hysteriker findet manchmal diese Behandlung so interessant, daß sie sogar von den Patienten selber ausgeübt und beihehalten wird, wenn sie auch gar nicht mehr nötig wäre.

Ich behandele die Kranken mit nervösem Erbrechen folgendermaßen: Isolierung. „Der Magen muß für einige Tage ruhiggestellt werden, weil er überreizt ist." Der Kranke erhält bei vollständiger Bettruhe zunächst nur jede Stunde einen Eßlöffel Schleimsuppe, bis das Erbrechen 24 Stunden ausgeblieben ist. Ich lege in diesem Fall keinen Wert auf die Sorge, daß der Patient keine Nahrung von außen hereingeschmuggelt bekommt. Denn da das Erbrochene immer vorgewiesen werden muß, muß der Kranke die etwa eingeschmuggelte Nahrung bei sich behalten, um sich nicht zu verraten. Einschmuggeln würde also auf den

Kardiaverschluß erzieherisch einwirken und zugleich für eine an sich nur wünschenswerte bessere Ernährung des Kranken sorgen. Bleibt bei dieser Diät das Erbrechen nicht aus, so wird 24 Stunden nur per Klysma ernährt. Bleibt das Erbrechen aus, so wird die Nahrungszufuhr von Tag zu Tag ganz langsam gesteigert unter steter Aufmerksamkeit, ob dabei nicht wieder Beschwerden auftreten. In letzterem Fall muß nochmals von vorn angefangen werden. Dabei ist bis jetzt noch in jedem Fall das Erbrechen verschwunden. Sollte noch eine stärkere Behandlung notwendig sein, so wird die Magengegend kräftig faradisiert. Sollte auch das nicht den vollen Erfolg erzielen, so wäre vielleicht ein Versuch mit einer Apomorphininjektion[8]) zu machen, die wahrscheinlich zu einem Dauererfolg führen würde, da das Apomorphinerbrechen sehr unangenehm sein soll und als konträre Suggestion wirksam wäre.

Hysterischen Ruktus habe ich mir bei zwei Fällen beim ersten Auftreten als Ungezogenheit so energisch verbeten, daß er sofort verschwand und nie wieder, auch nicht bei anderen Patienten, aufgetreten ist.

Überhaupt möchte ich raten, gerade bei Symptomen, die sich zum ersten Mal zeigen, gleich sehr energisch, unter Umständen rigoros vorzugehen, damit diese sich nicht Existenzberechtigung erwerben. Man weiß nicht, was uns in diesem Krieg die Hysterikerseele noch auftischen wird an Symptomen; ich habe z. B. bisher noch keinen hysterischen Singultus zu sehen bekommen; ich würde den ersten Fall in einer Sitzung kurieren, schon aus den Gründen der Massensuggestion.

Auch Darmneurosen sind häufig. Wo Durchfälle bestehen, sehe man nach, ob nicht eine Anazidität daran schuld ist. Häufig werden dann einige Tropfen Salzsäure den Durchfall beseitigen. Opium gebe ich in solchen Fällen fast nie, eher noch Tannalbin. Meist genügt eine warme Leibbinde und Diätbeschränkung, die so

---

[8]) Kemmler, Über gewohnheitsmäßiges Erbrechen. Tübingen 1891.

lange verstärkt wird, bis der Durchfall aufhört. Da bei diesen „nervösen Durchfällen" häufig abnorme Zersetzungsvorgänge im Darm vorhanden sind, gebe ich oft zu Beginn der Diätkur ein kräftiges Abführmittel. Isolierung ist manchmal notwendig, damit die Diätbeschränkung richtig durchgeführt wird. Die Durchfälle sind von meiner Station fast ganz verschwunden, während sie anfangs außerordentlich häufig waren. In jedem Fall habe ich auf Typhus und Ruhr untersuchen lassen, stets mit negativem Ergebnis. Wo Schleim in größerer Menge im Stuhl vorhanden war, habe ich Tanninsalizylklysmen zu je ½% mit einem kleinen Opiumzusatz gegeben.

Noch ein Symptom möchte ich anführen, das mir mit den Neurosen im Zusammenhang zu stehen scheint, obwohl ich seine genauere Pathogenese im Einzelfall nicht aufdecken konnte. Explosionsartig traten im Lauf von wenigen Wochen bei sechs schweren Hysterikern ziemlich schwere Blutungen aus den untersten Darmabschnitten auf. Bei zwei Fällen waren Hämorrhoiden festzustellen. Typhus oder Ruhr war mit Sicherheit auszuschließen; in jedem Fall wurde mehrmals mit negativem Ergebnis untersucht. Nachdem bei keinem der Fälle eine Hämorrhoidenoperation gemacht wurde und die Störung mit Isolierung, kräftiger Tamponade des untersten Darmabschnitts, Nahrungsentziehung für einige Tage behandelt worden war, ist die Störung plötzlich aus dem Repertoir der Abteilung verschwunden und seit Monaten in keinem Fall wiedergekehrt. Da das Auftreten durchaus dem bei infektiösen Epidemien beobachteten glich, so nehme ich eine psychische Infektion an, ohne über die Genese der Fälle eine genauere Hypothese aufzustellen. Es ist ja merkwürdig, wenn bei einer solchen Anhäufung von funktionellen Neurosen nicht mehr psychische Infektionen vorkommen. Ich habe solche sonst nur in ganz vereinzelten Fällen gesehen und sehe gerade in dieser Seltenheit psychischer Infektionen einen Beweis dafür, daß die Durcharbeitung der Frage der Massensuggestion gute Früchte trägt. Denn es ist zu bedenken, daß sich auf meiner Station die Fälle in Massen ansammeln, die monatelang in den verschiedensten Lazaretten gelegen waren.

Die Obstipation auf nervöser Basis verschwindet bei „freundlicher Vernachlässigung" oft außerordentlich rasch. Die Stuhlverhaltung macht auf meiner Station keine psychischen Verstimmungen. Wo sie so hartnäckig ist, daß sie besonders behandelt werden muß, gebe ich in den ersten Tagen Brust-

pulver oder Karlsbader Salz und dann jeden Abend Rhabarbertabletten. Tritt am nächsten Morgen kein Stuhl auf, so wird jeden Abend eine Tablette mehr gegeben, bis Stuhl vorhanden ist. Dann wird diese Dosis zunächst beibehalten und langsam — etwa alle drei Tage um eine Tablette — verringert, mit der Suggestion, daß die Stuhltätigkeit damit auf die Dauer geregelt sei. Tritt nach der Rhabarberdosis Durchfall ein, so ist das ein sehr „günstiges Zeichen. Der Stuhlgang ist jetzt in Gang gekommen." Die Tabletten werden nicht ausgesetzt, sondern nur täglich um eine verringert, bis regelmäßige Stuhlentleerung vorhanden ist. Dann etwa einmal wöchentlich Reduktion der Dosis um eine Tablette bis zum Aussetzen. Die dabei angewandte Suggestion ist auch hier „latente Pädagogik".

Allgemeinbehandlung der Hysterie.

Die Allgemeinbehandlung der Hysterie ergibt sich aus dem im allgemeinen Teil und bei der Behandlung der nervösen Symptome Gesagten. Sie muß die Erfahrungen des Alters mit der Frische der Jugend harmonisch zu verschmelzen suchen und therapeutisch wirksam machen. Die Behandlung des Einzelsymptoms muß so eingerichtet werden, daß sie keinesfalls einer wirksamen Allgemeinbehandlung entgegensteht.

Die „Methode" ist weniger wichtig als die Energie, die dahinter steht. Ein sehr großes Kapital an potentieller Energie ist notwendige Vorbedingung einer erfolgreichen Therapie. Man wird aber nie den ganzen Vorrat potentieller Energie in kinetische Energie umsetzen, sondern Reserven an potientieller Energie zurückhalten. Die Ausführungen Krehls über die Bedeutung des Willens, die ich leider nur im Auszug kenne, können nicht genug beherzigt werden.

Wo kinetische Energie angewandt wird, muß sie möglichst vollständig zur Wirkung gebracht werden, möglichst wenig Kraft darf an Reibungswiderständen nutzlos vergehen. Im Gegenteil muß die kinetische Energie, wie der Schneeball zur Lawine wird, anderweitig vorhandene potentielle Energien, die in falscher Richtung wir-

ken, auslösen und in positiv gerichtete kinetische Energien umsetzen. Bei der Behandlung des Einzelfalls habe man immer das Ganze im Auge!

Die von Wollenberg u. a. besonders empfohlene Arbeitstherapie ist ein vorzügliches Heilmittel. Sie muß so eingerichtet werden, daß die Kranken dabei vor ungünstigen Suggestionen bewahrt bleiben. Ich hatte keine Möglichkeit, sie auf meiner Station einzuführen, da wir nicht einmal einen Garten haben. Ich habe sie daher frühzeitig durch das militärische Turnen ersetzt, das auch gute Resultate gibt.[9]) Einige Patienten habe ich auch in Invalidenschulen geschickt, möchte das aber im allgemeinen nicht empfehlen, weil man die Neurosekranken dadurch aus der Hand verliert und sie durch das Zusammensein mit echten Kriegsinvaliden ungünstigen Suggestionen aussetzt und möglicherweise unberechtigte Begehrungsvorstellungen in ihnen weckt; dagegen ist die Arbeitsvermittlung im bürgerlichen Berufe gegen Bezahlung oft recht wertvoll.

Schreckneurosen.

Die Schreckneurose ist eine akute, heilbare Krankheit. Wie der Student, der bei der ersten Operation, die er mitansieht, zusammenklappt, durch die natürliche Aufbietung seiner Energie über die Unlustgefühle Herr wird, sich daran gewöhnt und sich beherrschen lernt, so ist auch die reine Schreckneurose etwas Vorübergehendes und Heilbares. Diese Fälle heilen auch, wie die Erfahrung lehrt, in den Kriegslazaretten rasch aus. Sie bedürfen nur der Ruhebehandlung im weitesten Sinn des Worts (s. u.).

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich nicht um reine Schreckneurosen, sondern um Kombinationen von Schreck- und Erschöpfungsneurosen. Auch diese heilen oft erstaunlich rasch bei einfacher Ruhebehandlung.

In der Rekonvaleszenz von Schreckneurosen und

---

[9]) Vgl. auch Rieder, Münchener Tagung.

noch mehr von der kombinierten Erkrankung besteht ein für die Erholung günstiger Zustand von psychischer Entspannung, eine Herabsetzung des „seelischen Kriegstonus", [10]) die genau überwacht werden muß, weil die Kranken in diesem „kritischen Stadium der Rekonvaleszenz" (s. o.) ungünstigen fremden und Autosuggestionen besonders zugänglich sind. In diesem Stadium entscheidet sich in vielen Fällen das Schicksal der Kranken. Wir haben es in der Hand, ob die Neurose unter günstigen Suggestionen abheilt oder ob die Symptome der Schreckneurose „fixiert" oder reproduziert werden.

Bei der heutigen Art der Kriegsführung ist zur Entstehung einer Schreckneurose im Einzelfall keine endogene „psychopathische Minderwertigkeit" notwendig. Der Psychopath wird aber leichter der Schreckneurose verfallen als der endogen Gesunde. Je länger ein Mann im Felde stand, ehe er einer Schreckneurose anheimfällt, um so weniger ist Grund vorhanden, eine endogen präformierte Schwäche anzunehmen.

Was wir in den Lazaretten des Heimatgebiets zu sehen bekommen, sind in den wenigsten Fällen reine Schreckneurosen, häufiger kombinierte Neurosen. Beide werden in den meisten Fällen auch im Heimatgebiet geheilt, wenn die Kranken in die richtigen Hände kommen.

Die fixierten und reproduzierten Schreckneurosensymptome gehören praktisch in das Gebiet der Hysterie. Sie geben vielfach recht gute Heilresultate, wenn sie richtig behandelt werden. Eine strenge Trennung dieser Hysterien von den echten primären Schreckneurosen ist notwendig.

Die „Granaterschütterungsneurosen" des Heimatgebiets sind meist fixierte oder reproduzierte Schreckneurosen, in einzelnen Fällen kombiniert mit organischen Schädigungen. Auf alle Fälle ist die hysterische Komponente, auch wo Kombinationen vor-

---

[10]) Jolowitz, Versammlung Deutscher Nervenärzte, 22. bis 23. September 1916 in München.

liegen sollten, heilbar und muß daher geheilt werden. Nicht jede Granaterschütterung, die von Patienten angegeben wird, hat in Wirklichkeit stattgefunden.

Die Heilungsresultate der Schreckneurosen und besonders ihrer fixierten und reproduzierten Symptome werden sich rasch auffallend bessern, wenn kein derartiger Fall mehr dienstunbrauchbar entlassen wird, und wenn alle derartigen Fälle mit der nötigen ruhigen, unerbittlichen Energie der Heilung zugeführt werden. Auch hier ist im Auge zu behalten, daß nicht bloß die hysterischen Symptome, sondern der Allgemeinzustand behandelt werden muß.

Die Behandlung ist eine Ruhebehandlung, wie sie unten bei den Erschöpfungsneurosen besprochen wird. Wo starke Erregungszustände vorhanden sind, muß man sie zunächst mit Skopolamin und Morphium zu beseitigen suchen.

„Traumatische Neurose."

Die traumatische Neurose im alten Oppenheimschen Sinn einer prognostisch ungünstigen organischen Krankheit ist außerordentlich selten. Auf dem Truppenverbandplatz habe ich in einer Reihe von Gefechten unter hunderten von Verwundeten nicht einen Fall von echter traumatischer Neurose gesehen, ebensowenig sah ich dort je jene funktionellen Störungen, die von vielen früher als „traumatische Neurosen" angesehen wurden. Diese Störungen kommen also erst sekundär zur Entwicklung. Auch in Kriegslazaretten sind sie nach übereinstimmenden Angaben sehr selten, in den Heimatlazaretten um so häufiger, je länger die Patienten in Lazaretten lagen. Die im Anschluß an Traumen auftretenden allgemein nervösen Symptome sind, was ihre Heilbarkeit angeht, praktisch als funktionell anzusehen. Das gleiche gilt von den Fällen, bei denen ursprünglich organische Störungen nach Ausheilung der organischen Schädigung funktionell weiter bestehen. Beiderlei Symptome sind heilbar und müssen geheilt werden. Ihre Behandlung macht um so mehr Schwierigkeiten, je mehr

bewußte oder unterbewußte Zweck- oder Begehrungsvorstellungen mit im Spiel sind. Auch dann muß die Heilung durchgesetzt werden.

Erschöpfungsneurosen.

Die Erschöpfungsneurose verläuft bekanntlich unter dem Bild der akuten Neurasthenie: Starke Ermüdung, oft verbunden mit Übererregbarkeit, intensives Ruhebedürfnis, oft bei mangelnder Fähigkeit, zur Ruhe kommen zu können; häufig sind Schrecksymptome damit verbunden, die ungewollt in dem Erschöpften nachklingen und die Beruhigung erschweren, dazu oft die Folgen ungenügender Ernährung. Manchmal nahm auch in den ersten zwei bis drei Wochen des Lazarettaufenthalts das Körpergewicht trotz guter Ernährung noch weiter ab. Meist wurden schon anfangs, immer in späteren Stadien der Erholung gute Gewichtszunahmen erzielt. Schwerbesinnlichkeit und sonstige Hemmungen der psychischen Funktionen, die an die verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbilder denken lassen, sind oft vorhanden und verschwinden rasch. Auch Erregungszustände kommen vor. Die Kranken sind dann nicht mehr in der Lage, sich zu beherrschen, und begehen oft im Affekt Handlungen, die ihnen in gesunden Tagen fern lagen. Man hat hier treffend von einem „psychischen Ausnahmezustand"[11]) gesprochen, der auch gerichtsärztlich berücksichtigt werden muß.

Wenn es gelingt, die Kranken dazu zu bringen, daß sie in der ersten Zeit nichts tun als essen und schlafen, verschwinden die Erscheinungen auffallend rasch und machen zunächst einem Zustand von behaglichem, wunschlosem Dahindämmern Platz, der der vollständigen Heilung außerordentlich förderlich ist.

Oft genügt es, die Kranken in ein ruhiges Zimmer zu legen und gut zu ernähren. Wo das seelische Zurruhekommen Schwierigkeiten macht, gebe ich, auf

[11]) Vgl. Stransky, Münchener Tagung.

Rosenbachschen Ideen fußend, morgens 20 Tropfen einer einprozentigen Morphiumlösung, jeden Tag einen Tropfen weniger. Das Verfahren hat eine außerordentlich günstige Wirkung: es verschafft den Kranken den Tag über eine behagliche Euphorie, erleichtert das Verschwinden von schreckhaften Erinnerungsbildern, und die Dosis wird rasch so niedrig, daß bald nur noch die tonisierende Wirkung zum Ausdruck kommt. Bei zwei Fällen habe ich mit 25 Tropfen angefangen: die langsame, tägliche Reduzierung der Dosis macht gar keine Schwierigkeiten und muß unbedingt durchgeführt werden.

Wo die Nachtruhe Schwierigkeiten macht, gebe ich fast nie Schlafmittel, sondern abends ein Bad von 35° C und 30 Minuten Dauer oder eine Ganzpackung von 30 Minuten. Für gute und reichliche Ernährung wird gesorgt. Einzelsymptome werden nur behandelt, wo sie das Zurruhekommen des Patienten in Frage stellen. Brompräparate wende ich nicht oft an, häufiger Baldrian.

Der Verkehr des Arztes mit dem Kranken wird so eingerichtet, daß der Kranke instinktiv fühlt, daß der Arzt vor seinen Leistungen Achtung hat. Worte sind dazu nicht nötig oder fallen nur so beiläufig, Sentimentalitäten werden vermieden. Ein Wort über die vollständige Heilbarkeit fällt nebenbei. Bei diesem Verfahren bekommt man den außerordentlich suggestiblen Patienten leicht ganz in die Hand, und die von Anfang an wachsame ärztliche Pädagogik braucht meist nicht aus dem Stadium der potentiellen Energie herauszutreten. Sollten, was ich nur ganz selten bei frischen Fällen sah, psychogene Krankheitssymptome oder deren Vorboten sich zeigen, so heißt es: „Principiis obsta!" Die Beseitigung und Vorbeugung gelingt in diesem Stadium mit einem Mindestmaß von Kraftaufwand, und jede Mäßigung in dieser Richtung wird zur allgemeinen Gesundung des Patienten beitragen. Nach vier bis acht Tagen beginnt meist schon das leicht tonisierende Verfahren: Drei- bis sechsmal in der Woche ein Bad, beginnend mit 35° C und 5 Minuten Dauer, jedesmal 1° C weniger

und eine Minute länger, bis 25° C und 15 Minuten Dauer erreicht sind, mit welcher Dosierung fortgefahren wird.

Anfangs wird möglichst vollständige Bettruhe durchgeführt. Wo die Patienten infolge ihrer inneren Unruhe „es im Bett nicht aushalten", läßt man es nicht auf einen disziplinären Konflikt ankommen, sondern drückt zunächst ein Auge zu. Nach wenigen Tagen fügen sich diese Patienten ohne weiteres. Sie sind um so dankbarer für die anfängliche Nachsicht des Arztes, je mehr sie sehen, daß dieser sonst sehr konsequent ist.

Wenn der Patient sich gut erholt hat, darf er täglich eine Stunde aufstehen und bei den Turnübungen der anderen Patienten mitmachen. Die Dauer des Aufstehens wird dann langsam weiter gesteigert.

Von größter Wichtigkeit ist es, den richtigen Zeitpunkt für die Entlassung des Kranken aus dem Lazarett zu finden. Die Regel sei, den Kranken nicht früher zu entlassen, als bis er körperlich und psychisch wieder die genügende Widerstandsfähigkeit erlangt hat. Dann soll aber auch nicht damit gezögert werden. Die Kranken sollten nach der Entlassung nicht mehr als 14 Tage Erholungsurlaub bekommen, weil ihnen sonst das Weggehen von Hause zu schwer fällt.

Eine große Schwierigkeit besteht bei diesen Fällen in der richtigen Diagnose. Die akute Erschöpfungsneurasthenie macht Symptome, die denen mancher endogenen Psychopathien sehr ähnlich sind. Die oben ausgesprochene günstige Prognose gilt nur für die exogene akute, nicht für die endogen psychopathische Neurasthenie. Man sei also in der Diagnose vorsichtig, untersuche aber nicht zu viel an den Patienten herum. Je zwangloser und mehr rein menschlich das Sicheinfühlen in den Patienten vor sich geht, um so besser.

Endlich sei noch daran erinnert, daß auch die Symptome der akuten Neurasthenie unter ungünstigen Einflüssen psychisch fixiert und reproduziert werden können. Diese Fälle sind praktisch ebenfalls der Hysterie zuzurechnen. Meist treten dann zu den ursprünglich vorhandenen Symptomen deutlich erkennbare hysterische Krankheitserschei-

nungen hinzu. Diese Formen der Hysterie sind oft recht schwierig zu heilen, aber auch bei ihnen müssen wir die Heilung durchsetzen.

Die Rentenfrage.

Ich habe in dieser Abhandlung immer wieder betont, daß die reinen Kriegsneurosen nicht dienstunbrauchbar entlassen werden sollen. Sie müssen geheilt werden. Aber es ist gesorgt, daß die Bäume nicht in den Himmel wachsen.

Wo es bei aller Kraftanspannung des Arztes in einzelnen Fällen nicht gelingt, die Patienten in irgendwelcher Form wieder dienstbrauchbar zu machen, da müssen sie dienstunbrauchbar entlassen werden, sobald einwandfrei festgestellt ist, daß nichts mehr zu bessern ist. Wo es möglich ist, wird man die Dienstbeschädigung ablehnen, weil es sich um einen vorübergehenden, nicht dauernden Krankheitszustand handelt. Die Dienstbeschädigung ist abzulehnen, wenn die Kranken durch ihr Verhalten eine wirksame Behandlung unmöglich machen oder ihre Ausführung verweigern. Bei Kranken, deren Krankheitszustand einmal beseitigt war und nur unter dem Einfluß von Begehrungsvorstellungen reproduziert wird, ist der Zusammenhang zwischen Kriegsdienst und psychisch reproduzierten Symptomen abzulehnen, weil nicht der Kriegsdienst, sondern der Wunsch, sich ihm zu entziehen und eine Rente zu erhalten, die Ursache der Reproduktion ist.

Muß Dienstbeschädigung anerkannt werden, so bemesse man die Rente möglichst niedrig, damit die Kranken zur Arbeit gezwungen werden. Für alle solche Fälle ist die einmalige Abfindung das beste, sowohl im Interesse des einzelnen als der Allgemeinheit. Es muß mit aller Energie dahin gearbeitet werden, daß das Abfindungsverfahren gesetzlich ermöglicht wird, wie dies Gaupp, Nägeli, Hoche und so gut wie alle Nervenärzte anstreben.

Schluß.

Die vorliegenden Aufzeichnungen sind aus der praktischen Lazarettätigkeit heraus entstanden. Sie sollten zunächst dazu dienen, mir selbst über manche Fragen Rechenschaft zu geben. Ich übergebe sie der Öffentlichkeit, obwohl ich mit Form und Inhalt in vielem unzufrieden bin, ohne bei dem Drang der Arbeit Abhilfe schaffen zu können. Es sind nur solche Gesichtspunkte und Behandlungsverfahren besprochen, die sich mir selbst als wertvoll ergeben haben. Manches an sich gute oder bessere Verfahren blieb unberücksichtigt, weil ich keine eigenen Erfahrungen darüber hatte. Da ich weiter an der Vervollkommnung der Therapie arbeiten möchte, wäre ich für jede Anregung dankbar. Mein Wunsch ist, mitzuhelfen, daß die **Heilbarkeit** der funktionellen Kriegsneurosen in der Überzeugung der Ärzte immer festeren Fuß fasse, und daß möglichst viele dieser Kranken der Heilung zugeführt werden zu ihrem eigenen und der Gesamtheit Wohl.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Die Anstaltsfürsorge für körperlich, geistig, sittlich und wirtschaftlich Schwache im Deutschen Reiche in Wort und Bild.

IV. **Abteilung. Deutsche Krüppelheime.** Herausgeber: Pfarrer Th. Hoppe, Direktor des Oberlinhauses in Nowawes bei Berlin. VIII und 159 Seiten auf Kunstdruckpapier. Mit 174 Abbildungen, Grundrissen und Plänen. Preis in Halbleder gebunden **M. 5.—.**

V. **Abteilung. Deutsche Blindenanstalten.** Herausgeber: Kgl. Schulrat J. Matthies, Direktor der Kgl. Blindenanstalt in Steglitz bei Berlin. VIII und 359 Seiten auf Kunstdruckpapier. Mit 297 Abbildungen, Grundrissen und Plänen. Preis in Halbleder gebunden **M. 14.—.**

VI. **Abteilung. Deutsche Taubstummenanstalten, -Schulen und Heime.** Herausgeber: Kgl. Schulrat Gustav Wende, Direktor der Kgl. Taubstummenanstalt in Berlin. XIV und 507 Seiten auf Kunstdruckpapier. Mit 305 Abbildungen, Grundrissen und Plänen. Preis in Halbleder gebunden **M. 20.—**

VII. **Abteilung. Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke.** Herausgeber: Sanitätsrat Dr. Johannes Bresler, Lüben (Schlesien). 2 Bände. Zusammen XIV und 1128 Seiten auf Kunstdruckpapier. Mit 11 Tafeln, 1252 Abbildungen, Grundrissen und Plänen. Preis in Halbleder gebunden Band I **M. 28.—**, Band II **M. 19.—**, Gesamtpreis Band I und II **M. 47.—.**

VIII. **Abteilung. Deutsche Anstalten für Schwachsinnige, Epileptische und psychopathische Jugendliche.** Herausgeber: Direktor Pastor Stritter, Alsterdorf bei Hamburg, und leitender Arzt Med.-Rat Dr. Meltzer, Großhennersdorf i. Sa. VIII und 343 Seiten auf Kunstdruckpapier. Mit 385 Abbildungen, Grundrissen und Plänen. Preis in Halbleder gebunden **M. 14.—.**

IX. **Abteilung Deutsche Fürsorge-Erziehungs-Anstalten.** Herausgeber: Direktor Pastor P. Seiffert, Strausberg (Mark). 2 Bände. Zusammen XXIII und 1135 Seiten auf Kunstdruckpapier. (Band II mit Einschluß österreichischer Anstalten.) Mit 1153 Abbildungen, Grundrissen und Plänen. Preis in Halbleder gebunden Band I **M. 30.—**, Band II **M. 16.—**, Gesamtpreis Band I und II **M. 46.—.**

Über die Spirochätenfunde im Paralytikergehirn und ihre Bedeutung

Von

Dr. B. Klarfeld

wissenschaftlichen Assistenten an der psychiatrischen und Nervenklinik in Breslau

Halle a. S. 1919

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten

Begründet von

Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,

Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung

der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Professor Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Binswanger in Jena, Geheimer Medizinal-Rat Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Geheimrat Prof. Dr. A. Hoche in Freiburg i. Br., Prof. und Direktor Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, Med.-Rat Dr. Mayser in Hildburghausen, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Halle

herausgegeben von

Prof. Dr. O. Bumke,

Geh. Med.-Rat, Breslau.

Band XI, Heft 8.

Um die Bedeutung der Spirochätenfunde im Paralytikergehirn richtig einschätzen zu können, müssen wir uns die Entwicklung der Anschauungen über das Wesen der paralytischen Erkrankung vergegenwärtigen. Der Kampf um die Einheitlichkeit und den syphilogenen Ursprung der Paralyse, der in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts begonnen hatte, gehört der Geschichte an. Für uns ist die progressive Paralyse eine anatomisch und ätiologisch einheitliche Erkrankung; der ursächliche Zusammenhang zwischen Lues und Paralyse dürfte heute wohl allgemein anerkannt sein. Nicht so geklärt sind die Ansichten über die Art dieses Zusammenhanges, darüber, auf welche Weise Lues und Paralyse miteinander verknüpft sind. Bis zum Jahre 1913 standen wohl die meisten Forscher auf dem Boden der Fournier-Strümpell-Möbiusschen Lehre von der Para- bzw. Metasyphilis. In der modernen Ausgestaltung dieser Lehre, wie sie ihr Kraepelin gegeben hat, erschien die Paralyse als eine Stoffwechselerkrankung, eine allgemeine Ernährungsstörung, bei der die Hirnerkrankung zwar die wichtigste und auffallendste, aber doch nur eine Teilerscheinung bildete. Kraepelin nahm ein Bindeglied zwischen Lues und Paralyse an, über dessen Wesen er sich allerdings keine bestimmten Vorstellungen machen konnte; die Lues wirkte unmittelbar schädigend auf dieses Bindeglied — irgendein Organ — ein, und dessen Erkrankung zog eine allgemeine Ernährungsstörung und durch die Vermittlung eines Giftes auch die Hirnerkrankung nach sich, so wie etwa eine luetische Erkrankung der Schilddrüse Myxödem nach sich zieht. Also eine Metasyphilis im modernen Gewande der Lehre von der inneren Sekretion.

Wenn auch die meisten, wie gesagt, die Paralyse — und auch die Tabes — als Nachkrankheiten der Lues betrachteten,

so gab es dennoch zu jeder Zeit vereinzelte Ketzer, die die orthodoxe Lehre verwarfen und die syphilitische Natur der Paralyse proklamierten. So hat Hirschl im Jahre 1896 in einer größeren Arbeit aus der Krafft-Ebingschen Klinik erklärt, es scheine ihm keinem Zweifel zu unterliegen, daß die Paralyse nichts anderes sei, als eine Spätform der Syphilis, eine Encephalitis syphilitica der Rindensubstanz mit schließlichem Ausgang in Atrophia cerebri syphilitica. „Ist diese Theorie richtig", schrieb Hirschl, „dann müssen im Hirne der Paralytiker die Syphilismikroorganismen nachweisbar sein." Hirschl suchte auch nach dem Lustgartenschen Bazillus im Hirne, fand ihn aber nicht; er tröstete sich über diesen Mißerfolg mit der Erwägung, daß es noch gar nicht feststehe, daß der Lustgartensche Bazillus der Erreger der Syphilis sei. — Ähnliche Ansichten wie Hirschl äußerten Bosc und auch Ris.

Inzwischen war die Entdeckung der Komplementablenkung gekommen, die Wassermannsche Reaktion wurde in die Psychiatrie eingeführt. Im Jahre 1908 erklärte Lesser: „Wofern man der Ansicht ist, daß eine positive Wassermannsche Reaktion die Aktivität des Syphilisvirus beweist, muß man die Tabes und die Paralyse in direkte Abhängigkeit von dem syphilitischen Virus setzen, d. h. für syphilitische Erkrankungen halten." Und weiter erklärt er ohne jeden Vorbehalt: „Tabes und Paralyse sind als besonderes Stadium der Syphilis, als quartär-syphilitische Erkrankungen zu betrachten."

Auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Köln und Bonn im April 1909 stand die Lues-Paralyse-Frage zur Diskussion. In dem mustergültigen Referat, das Plaut erstattete, wurden vorerst die Gründe dargelegt, insbesondere die Tatsachen der modernen serologischen Forschung angeführt, die zur Annahme zwingen, daß die Lues eine conditio sine qua non der Paralyse sei; ohne Lues keine Paralyse. Sodann besprach Plaut die Frage der Metalues: „Die Ergebnisse der serodiagnostischen Untersuchungen lassen einen sehr engen Zusammenhang zwischen Paralyse und Lues vermuten." Man könne die Möglichkeit nicht bestreiten, daß die paralytischen Veränderungen selbst luischer Natur seien. „Indem ich hier noch in keiner Weise Stellung zu der Frage

nehmen will, ob der paralytische Prozeß selbst als luischer aufzufassen ist oder nicht, meine ich doch, daß wir es als recht wahrscheinlich ansehen dürfen, daß die Paralytiker Spirochätenträger sind." Der negative Ausfall der Spirochätenuntersuchung beweise in keiner Weise das Fehlen derselben. Es könne entweder an den Mängeln der Technik liegen, oder daran, daß man die Spirochäten noch nicht dort gesucht habe, wo sie sich befinden. Die lange Inkubationszeit ließe sich unschwer mit der Hutchinson-Neißerschen „Umstimmung der Gewebe" erklären, übrigens sei es wahrscheinlich, daß der Manifestation der Paralyse vorbereitende chronisch syphilitische Prozesse voraufgehen, ob im Zentralnervensystem oder an einer anderen Stelle, darüber könne vorläufig kein Urteil abgegeben werden. Nur der Zweifel an der Spezifität der Wassermannschen Reaktion hinderte Plaut, die Paralyse klipp und klar für eine syphilitische Erkrankung zu erklären. Er überließ es den Anatomen, das entscheidende Wort zu sagen, hoffte im übrigen, daß der Spirochätennachweis im Gehirn vielleicht doch noch gelingen würde.

Die Anatomen verhielten sich zunächst ablehnend. Oskar Fischer erklärte in seinem Korreferat zu Plauts Ausführungen, die progressive Paralyse könnte vom anatomischen Standpunkt einstweilen nicht als eine direkt syphilitische Veränderung aufgefaßt werden. Er wollte den Begriff der syphilitischen Prozesse einstweilen nur auf das Gumma, die Endarteriitis und die gummöse Meningitis beschränkt sehen. Ebenso erklärte Alzheimer in seinem Sammelreferat für die „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie" im Jahre 1912, die Paralyse könne aus anatomischen Gründen keine einfach syphilitische Erkrankung sein. „Der im allgemeinen von der Gefäßerkrankung unabhängige Schwund des nervösen Gewebes", schrieb er, „gehört zum Wesen der Paralyse und bedeutet histologisch das Metaluetische gegenüber den luetischen Erkrankungen. Dabei kann es natürlich dahingestellt bleiben, ob sich nicht doch im Körper des Paralytikers noch Depots des Sypiliserregers befinden." — Wie Nißl erst vor kurzem ausgeführt hat, ist dieser Ausspruch Alzheimers nicht dahin zu verstehen, als ob Alzheimer das Nebeneinandergehen entzündlicher und nichtentzündlicher histopatho-

logischer Vorgänge auf Grund der Strümpell-Möbius-schen Theorie hätte verteidigen wollen. Wenn er den Ausdruck „metaluetisch" gebraucht hat — was übrigens Nißl bedauert, da er ihm aus histopathologischen Gründen nicht glücklich gewählt erscheint —, so tat er dies, um die anatomische Eigenart der Paralyse gegenüber den „einfach syphilitischen Prozessen" zu betonen, ohne aber damit etwas über die Pathogenese aussagen zu wollen. Für unsere Betrachtungen ist nur die Tatsache von Wichtigkeit, daß Alzheimer einen prinzipiellen Unterschied zwischen der Paralyse und den „einfach luetischen Erkrankungen" machte und an einen direkten Zusammenhang der Paralyse mit der Syphilis in der Art, wie er zwischen der Hirnlues und der Syphilis besteht, nicht glaubte.

Demgegenüber hat Spielmeyer in seinem auf der Kieler Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie über die Behandlung der progressiven Paralyse erstatteten Referat ausdrücklich betont, daß die Entscheidung, ob die Paralyse ein „noch" oder „nicht mehr" syphilitischer Prozeß sei, von den Anatomen nicht verlangt werden könne. „Ziehen wir wieder das pathologisch-anatomische Substrat der Paralyse in Betracht, so ist gewiß sicher, daß es sich bei der Paralyse, ähnlich wie bei der Tabes, um einen eigenartigen anatomischen Prozeß handelt, der abweicht von den verschiedenen Formen der sogenannten Hirnsyphilis und den wir deshalb von ihr auch anatomisch differentialdiagnostisch zumeist abzugrenzen vermögen. Aber wir können nicht sagen, es handle sich hier „nicht mehr" um einen syphilitischen Prozeß." „Ich meine, man wird auch heute mit Erb erklären müssen, daß wir nicht mit Sicherheit zu sagen vermögen, was pathologisch-anatomisch syphilitisch ist, noch viel weniger aber, daß gewisse Veränderungen nicht mehr syphilitisch sind. Um es nochmals zu betonen, an der Eigenart der Paralyse kann kein Zweifel sein. Ebensowenig daran, daß sie sich gegenüber den bekannten Formen der Hirnlues anatomisch anders ausnimmt. Aber, daß sie nun kein syphilitischer Prozeß mehr sei, der Beweis ist doch anatomisch nicht zu führen, auch wenn man etwa das Vorherrschen von rein degenerativen Vorgängen in manchen Fällen von Paralyse oder in manchen Regionen des paralytisch veränderten Gehirns in Betracht zieht. Auch die selbständigen Parenchymdegenera-

tionen können ebensogut von der Syphilis verursacht werden wie die sogenannten spezifischen zelligen Infiltrationen. Und man erinnere sich in diesem Zusammenhange noch besonders daran, daß bei den eigenartigen Fällen ausgedehnter Hirnsyphilis, welche Nißl untersuchte, auch solche unterliefen, in denen degenerative Vorgänge vorherrschten." Spielmeyer neigte zur Ansicht, daß die Paralyse als ein, wenn auch eigenartiger, syphilitischer Prozeß aufzufassen sei; mangels strikter Beweise wollte er es nicht als sicher hinstellen. „Alles in allem lassen sich also keine zwingenden Beweise dafür finden, daß die Paralyse nur als eine Nachkrankheit der Syphilis und nicht mehr als eigenartiger syphilitischer Prozeß aufgefaßt werden müßte. Wir bleiben uns bewußt der alten Unterschiede gegenüber den sog. spezifisch syphilitischen Prozessen. Und wenn man heute noch den Ausdruck „Metasyphilis" gebraucht, so sollte man sich dabei gegenwärtig halten, daß damit kein Urteil über die Pathogenese der bisher so bezeichneten Krankheiten ausgesprochen werden soll. Es handelt sich hier um eine gewiß einfach zu lösende Frage der Nomenklatur." Und an einer anderen Stelle: „Daß wir aber die Spirochäten bisher bei der Paralyse nicht fanden, beweist ja keineswegs, daß sie nicht doch im Körper wären. Auch in sehr vielen tertiärsyphilitischen Produkten ist sie trotz vielen Suchens nicht zu entdecken."

Auch Stargardt, der sich mit dem Sehnervenschwund bei Tabes und Paralyse und mit tabischen Arthropathien beschäftigt hat, erklärte die Paralyse und die Tabes für luetische Erkrankungen und ging sogar so weit, daß er aus dem bloßen Vorhandensein von Plasmazellen den Schluß zog, die Spirochäte müßte an Ort und Stelle wirksam sein.

Im Februar 1913 verkündete Noguchi zusammen mit Moore, er habe in 12 von 70 Paralytikergehirnen Spirochäten im Nervengewebe gefunden. Bald darauf verkündete er in einem Vortrag auf der Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte in Wien, er habe seine Untersuchungen auf 200 Gehirne ausgedehnt und in 48, also in etwa einem Viertel der Fälle, Spirochäten gefunden. Auch in einem von zwölf untersuchten Tabesfällen fand er Spirochäten in den Hintersträngen. Wie Noguchi berichtete, liegen die Spirochäten mitten im Nervengewebe, um die Ganglienzellen oder in den

perineuralen Räumen längs der Achsenzylinder, und zwar vorwiegend in der Rinde. In den Gefäßen oder Gefäßwandungen hat Noguchi Spirochäten fast niemals angetroffen. Auf seine Befunde gestützt, erklärte Noguchi die paralytischen Gehirnveränderungen für eine durch die invadierten Spirochäten hervorgerufene chronische parenchymatöse Encephalitis.

Noguchis Befunde wurden alsbald bestätigt. Marinesco und Minea, A. Marie, Levaditi und Bankowski, Sioli, Versé, Schmorl, Forster und Tomasczewski fanden Spirochäten im Paralytikergehirn, teils in Schnitten, teils im Ausstrich oder im Dunkelfeld. Forster und Tomasczewski haben durch Hirnpunktion gewonnene Stückchen des lebenden Gehirns untersucht und in 44 v. H. der Fälle Spirochäten nachgewiesen.

Am gewissenhaftesten und genauesten durchforschte Jahnel das Paralytikergehirn nach Spirochäten. Nachdem er sich durch eine Modifikation der Levaditischen Silbermethode ein brauchbares Instrument geschaffen hatte, durchsuchte er systematisch alle Teile des Gehirnes nach Spirochäten. In einer Reihe von Publikationen legte er seine Erfahrungen nieder. Er fand wie Noguchi in Schnittpräparaten etwa in einem Viertel der Fälle Spirochäten, im Dunkelfeld in 50 v. H. Er fand sie in der Großhirnrinde, hauptsächlich im Stirnpol, im Kleinhirn, in den Stammganglien. Die Spirochäten liegen fast immer mitten drin im Nervengewebe, um, ausnahmsweise auch in Ganglienzellen (was neuerdings von Hauptmann angezweifelt wurde). Stellenweise — besonders beim vaskulären Typus der Spirochätenverteilung — sieht man sie in den Lymphräumen der Gefäße und in den Gefäßwänden, manchmal mit dem halben Körper ins Gefäßlumen hineinragend. Jahnel fand die Spirochäten in der Rinde vorwiegend in der zweiten bis sechsten Brodmannschen Schicht, seltener in der Zonalschicht, nur einmal im Mark, und zwar im perivaskulären Raum. In den Stammganglien hat er sie auch einmal in der weißen Substanz gesehen. Im Kleinhirn finden sich die Spirochäten meistens in der Molekularschicht, seltener in der Körnerschicht, nie im Mark. Was den Verteilungsmodus anbelangt, unterschied Jahnel ursprünglich zwei Typen: 1. den Typus der diffusen oder, wie er ihn neuerdings nennt, der disseminierten Verteilung

und 2. lokale Spirochätenwucherungen an einer scharf umschriebenen Stelle des Gehirns, sogenannte „bienenschwarmartige Spirochätenansiedelungen". Vor kurzem beschrieb Jahnel noch einen dritten Typus, und zwar den sehr interessanten vaskulären Verteilungstypus. Bei diesem letzteren Typus sind alle Gefäße in einem herdförmigen Bezirk von Spirochäten durchsetzt. Die Parasiten bilden teils dichte Mäntel um die Gefäße, teils liegen sie in den Gefäßwänden selbst. Besonders stark sind die Kapillaren betroffen. Bei größeren Gefäßen durchsetzen die Spirochäten sämtliche Schichten der Gefäßwand bis zur Intima, in der es zu besonders starken Spirochätenansammlungen kommen kann. Jahnel hält diese Beobachtung für sehr wichtig, da sie das Einwachsen und Einwandern der Spirochäten durch die Gefäßwand hindurch in die Blutbahn hinein zeigt. Die vaskuläre Spirochätenanordnung beschränkt sich meistens auf die mittleren Schichten der Hirnrinde; in den oberen Schichten ist sie niemals, in den tiefen nur selten anzutreffen. Wo er vorkommt, ist der vaskuläre Verteilungstypus nicht auf einzelne Bezirke beschränkt, sondern findet sich im ganzen Gehirn festgehalten, wenn auch die Regel, daß die vorderen Hirnpartien von den Spirochäten besonders stark heimgesucht sind, auch hier ihre Geltung behält.

Das zwischen den Gefäßen liegende nervöse Gewebe enthält auch beim vaskulären Verteilungstypus öfters Spirochäten; ja es kommt vor, daß es von den Parasiten so stark durchsetzt ist, daß die ursprünglich ausschließlich perivaskulären Spirochätenansammlungen zu einem großen Herd von bienenschwarmartigem Charakter zusammenfließen. Diese Beobachtung legt die Vermutung nahe, daß möglicherweise nähere Beziehungen zwischen dem herdförmigen und dem vaskulären Verteilungstypus bestehen.

Morphologisch kommt nach Jahnel ausschließlich die Spiralform vor, mit den verschiedensten Modifikationen, die Jahnel als Einrollung, Verkürzung, Skelettierung usw. bezeichnet und zum Teil als Degenerationserscheinungen auffaßt. Neuerdings hat er Gebilde beschrieben, die er für „Abbauprodukte" der Spirochäten hält. Hauptmann unterscheidet noch „Schattenbildung" und „Verklumpung" als Stadien der Spirochätenentwicklung. Die Granularform, die man in Kul-

turen sieht, hat Jahnel ebensowenig wie Noguchi gefunden.

Wie wir schon erwähnt haben, sind Spirochäten nicht in allen Fällen von Paralyse nachzuweisen. Besonders regelmäßig und zahlreich findet man sie im Gehirne der in einem Anfall verstorbenen Paralytiker. Jahnel spricht in diesen Fällen geradezu von einem „Spirochätentod".

Soweit die objektiven Befunde, wie sie von Jahnel und auch Hauptmann festgestellt wurden und an deren Richtigkeit wohl nicht gezweifelt werden kann. Nun aber wenden wir uns der Auslegung dieser Befunde zu, wie sie Jahnel unter Vorbehalt versucht hat. Vor allem wäre die Frage zu erörtern, ob es sich bei diesen Spirochätenfunden um etwas Wesentliches handelt und nicht um eine nebensächliche Erscheinung, etwa um postmortales Einwandern von Saprophyten ins Gehirn. Diese Frage scheint erledigt zu sein, nachdem Forster und Tomasczewski Spirochäten in lebendem Gehirn nachgewiesen haben und nachdem es Noguchi, Uhlenhut und Mülzer, Berger, Nichols und Hough, Wile gelungen ist, durch Überimpfung von paralytischer Gehirnsubstanz auf Kaninchenhoden typische Primäraffekte mit Spirochäten zu erzeugen. Im Liquor sind Spirochäten bisher nicht gefunden worden, doch ist es Marinesco und Minea, Volk und Pappenheim, Mattauschek, Zaloziecki gelungen, durch Überimpfung von Paralytikerliquor auf Kaninchenhoden eine typische syphilitische Orchitis zu erzeugen. Daß also die im Gehirn gefundenen Spirochäten von wesentlicher Bedeutung für den paralytischen Krankheitsprozeß sind, scheint festzustehen. Für Jahnel ist diese Bedeutung so wesentlich, daß er alle paralytischen Gehirnveränderungen auf die unmittelbare Einwirkung der Spirochäten bezieht. Dem Einwand, daß die beschränkte Anzahl der vorgefundenen Spirochäten im Widerspruch steht zur ausgedehnten Lokalisation des paralytischen Prozesses, begegnet er auf die Weise, daß er die anatomisch feststellbare Gewebsveränderung für das Endresultat einer Summe von Schädigungen ansieht, die während der ganzen Dauer der Erkrankung eingewirkt haben. Die Spirochäten siedeln sich sukzessive an verschiedenen Stellen an und setzen überall dauernde Schädigungen, die dann anatomisch festzustel-

der
überall o

len sind, während die Spirochäten selbst längst abgestorben sind. Denn die Lebensdauer der Hauptmasse der Spirochäten scheint sehr kurz zu sein — vielleicht infolge einsetzender Wirkung der Antikörper —, nur einzelne Exemplare bleiben erhalten, um nach einer Zeit eine neue Aussaat zu bewirken. Klinisch würde einer jeden Aussaat ein akuter Krankheitsschub entsprechen. Diese Annahme stützt sich auf die allen als Krankheitserreger wirksamen Spirochäten — so den Erregern des Rückfallfiebers, der Weilschen Krankheit — zukommende Eigentümlichkeit der periodenweise erfolgenden Vermehrung; die Perioden des plötzlichen enormen Anschwellens der Parasitenzahl sind durch parasitenarme Intervalle getrennt. Das schubweise Auftreten der Krankheitserscheinungen und der Krankheitskeime finden wir auch bei der Syphilis in früheren Krankheitsperioden deutlich ausgeprägt. Die Vermehrung der Spirochäten erfolgt nach Jahnel im Gehirn selbst; in keinem Paralytikerorgan sonst wurden bisher Spirochäten einwandfrei nachgewiesen. Insbesondere dürften die „bienenschwarmartigen" Spirochätenkolonien durch Teilungsvorgänge im Gewebe selbst liegender Spirochäten entstanden sein. Auch Hauptmann ist dieser Ansicht.

Was die Art der Ausbreitung anbelangt, nahm Jahnel ursprünglich eine hämatogene Metastasierung an. Die Spirochäten sollten vom Gehirn aus durch die Gefäßwände hindurch in die Blutbahn einwandern und auf dem Blutwege ausgesät werden. Selbstverständlich überall, nicht nur im Gehirn. Doch sollte in diesem Stadium der Syphilis nur das Nervensystem bzw. nur das Rindengrau den Spirochäten entsprechende Lebensbedingungen bieten, so daß nur die im Nervensystem ausgesäten Spirochäten am Leben verblieben. Somit wäre nach Jahnel das Nervensystem selbst der ständige Infektionsherd, von dem aus Spirochäten ins Blut gelangen, aber aus der Blutbahn wieder ins Nervensystem zurückwandern. Einen Beweis für das Vorkommen der Spirochäten im Blut fand Jahnel in der Graves und auch Levaditi geglückten Überimpfung von Paralytikerblut auf Kaninchenhoden.

Neuerdings äußerte Jahnel Zweifel an der Richtigkeit dieser seiner Anschauung von der Aussaat der Spirochäten auf dem Blutwege. Er glaubt zwar auch jetzt noch, daß Spirochäten

durch die Gefäßwand hindurch in die Blutbahn einwandern und auch durch das Blut von einem Orte des Gehirns an andere Stellen verschleppt werden können; doch hält er diese Ausbreitungsweise der Spirochäten für nebensächlich. Die beim vaskulären Typus beobachtete Verteilung der Spirochäten in den adventitiellen Lymphräumen und auch perivaskulär, wo zwar kein Lymphraum im anatomischen Sinn, wohl aber ein Ort stärkerer Durchströmung mit Lymphe, also ein Lymphraum in physiologischer Hinsicht anzunehmen ist, macht es wahrscheinlich, daß die Ausbreitung der Spirochäten in der Hauptsache auf dem Lymphwege erfolgt. Diese Annahme läßt sich gut in Einklang bringen mit der Ansicht der Spirochätenforscher und Syphilidologen, wonach die Spirochaeta pallida ein ausgesprochener Lymphparasit ist, und auch mit der Tatsache, daß die Ausbreitung der Krankheitserreger in früheren Stadien der Syphilis, im Zeitpunkte des Primäraffektes und in der sekundären Periode den Lymphwegen folgt.

Neben der passiven Ausbreitung scheinen sich die Spirochäten auch aktiv im Gehirngewebe fortbewegen zu können. Näheres darüber läßt sich zurzeit nicht sagen.

Des weiteren erörtert Jahnel die Frage, auf welche Weise die Spirochäten die Gewebsschädigung bewirken, denn nach Jahnel ist, wie gesagt, die gesamte paralytische Gewebsveränderung auf die Einwirkung von Spirochäten zurückzuführen. An fernwirkende Toxine glaubt Jahnel nicht, denn dann müßte die Intoxikation im Sekundärstadium der Lues, wo der ganze Organismus von den Spirochäten überschwemmt ist, am stärksten sein. Höchstens könnte es sich um ein lokales Gift handeln. Doch auch daran glaubt Jahnel nicht recht. Am meisten neigt er zur Annahme, daß die Spirochäten das Nervengewebe mechanisch schädigen, vielleicht auch durch Entziehung von Nährstoffen. —

Die Tatsache, daß die Spirochäten sowohl im Nervengewebe wie auch im Gefäßapparat zu finden sind, liefert nach Jahnel eine Erklärung für die Eigenart des paralytischen Prozesses. „Dem Schwund des nervösen Parenchyms," schreibt Jahnel, „der, wie Nißl und Alzheimer sowie auch Fischer und Spielmeyer betont haben, von den entzündlichen Gefäßveränderungen unabhängig ist, diesem Neben-

einander (Nißl) von degenerativen und entzündlichen Veränderungen, geht ein Nebeneinander von Spirochäten im nervösen Parenchym und am bzw. im mesodermalen Gewebe parallel."

Bekanntlich hat Nißl die anatomische Eigenart der paralytischen Erkrankung darin erblickt, daß in der Paralyse zwei Reihen von Prozessen nebeneinander einhergehen, solche entzündlicher Art, die durch das Auftreten von Infiltraten in den Gefäßscheiden gekennzeichnet sind, und histopathologische Vorgänge, die Nißl kurz als degenerative bezeichnet und die durch regressive Umwandlungen des funktionstragenden Gewebes und progressive Veränderungen am gliösen Apparat ohne gleichzeitige Beteiligung der Blutgefäße im Sinne exsudativer Vorgänge gekennzeichnet sind. Diese Anschauungsweise Nißls haben sich die meisten führenden Neuropathologen, wie Alzheimer, Oskar Fischer, Spielmeyer, Sträußler zu eigen gemacht und auch weiter ausgebaut. Es würde uns zu weit führen, die Beweise, die für die Richtigkeit dieser Anschauungsweise beigebracht wurden, genau auseinanderzusetzen; ich erinnere nur, daß sie insbesondere in den systematischen Strangdegenerationen des Rückenmarkes, dem Mißverhältnis zwischen geringen entzündlichen Erscheinungen und beträchtlicher degenerativer Atrophie im Kleinhirn und den marklosen Herden, die Siemerling, Fischer und Spielmeyer beschrieben haben, erblickt wurden. Auch das anatomische Bild der stationären Paralyse Alzheimers und Spielmeyers Fall inzipienter Paralyse wurden herangezogen.

Dieser Auffassung der paralytischen Gewebsveränderung gegenüber steht eine andere, die in dem paralytischen Krankheitsvorgange lediglich eine chronische Entzündung, eine Meningoencephalitis chronica erblickt und von selbständigen Degenerationen nichts wissen will. Diese Auffassung, die ihre Wurzeln in der Virchowschen Lehre von der parenchymatösen Entzündung hat, ist besonders in Frankreich verbreitet; in Deutschland hat sie u. a. einen Vertreter in Stargardt und neuerdings auch in Raecke gefunden. Raecke glaubt, daß den gesamten paralytischen Gewebsveränderungen ein lokaler entzündlicher Prozeß zugrunde liegt. Regressive und progressive

Gewebsveränderungen an Stellen, wo keine exsudativen Erscheinungen vorliegen, führt er auf sekundäre Degenerationen zurück oder erklärt sie für Residuen abgelaufener Entzündungsvorgänge. Das Vorkommen der Krankheitserreger an Ort und Stelle bildet für Raecke das ausschlaggebende Moment; die lokale Einwirkung der Spirochäten kann nur eine entzündliche Reaktion des Gewebes zur Folge haben. Übrigens lehnt es Raecke in seiner letzten Publikation („Zur Abwehr") ab, den Entzündungsbegriff in dem von Lubarsch und Nißl umgrenzten Sinne zu gebrauchen; für ihn ist das Vorhandensein infiltrativer Vorgänge nicht notwendig, um einen Prozeß als entzündlich zu bezeichnen. Damit kehrt Raecke zu der Auffassung Virchows zurück, der das Wesen der Entzündung in den Strukturveränderungen der Gewebe suchte und die Vorgänge am Gefäßapparat lediglich als sekundäre Erscheinungen ansah. Es ist ja zuzugeben, daß der Entzündungsbegriff, wie er heute gehandhabt wird, sozusagen konventionell festgelegt wurde und ein Kompromiß zwischen den Anschauungen Virchows und Cohnheims vorstellt; auch fällt seine Anwendung auf die pathologischen Vorgänge im Nervensystem und seine Abgrenzung nicht immer leicht. Selbstverständlich kann niemand gezwungen werden, sich einer anatomischen Konvention zu fügen, und es steht ihm frei, regressive Veränderungen des funktionstragenden Gewebes und progressive Vorgänge am Stützgewebe allein — ohne Beteiligung des Gefäßapparates — für seine Person als entzündlich zu bezeichnen. Nur hört dann der Streit um das Wesen der paralytischen Gewebsveränderungen eben auf wesentlich zu sein und reduziert sich zu einer Frage der Nomenklatur. Es wären dann eben gewisse Gewebsveränderungen degenerativ im Sinne Nißls, entzündlich im Sinne Raeckes. Daß damit nur eine heillose Verwirrung erreicht würde, ist jedem Unbefangenen ohne weiteres klar. —

Gar nicht zu verstehen ist es, warum Spirochätenfunde und primäre Degenerationen einander ausschließen sollten. Der Beweis, daß die Spirochäten nur entzündliche (im Sinne Nißls) und nicht auch rein degenerative Vorgänge bewirken können, wurde bisher nicht geführt. Und die — übrigens bei der Paralyse in ihrer Art noch unbekannte — lokale Einwirkung der

in ihr

Mikroorganismen als entscheidendes Kriterium der Entzündung einzuführen, geht auch nicht an; es hieße den ätiologischen und den anatomischen Gesichtspunkt zusammenwerfen.

Vor allem aber muß gewarnt werden, aus den Spirochätenfunden voreilig zu weitgehende Schlüsse zu ziehen. Es ist durchaus unberechtigt, wenn man schon heute alle paralytischen Gewebsveränderungen ohne weiteres auf direkte Einwirkung der Spirochäten zurückführen will. Welche Schwierigkeiten zu überwinden sind, wenn man es versucht, die histologischen Befunde und die Spirochätenbilder miteinander zu vergleichen, hat neuerdings Hauptmann dargelegt. Schon die Unmöglichkeit, auf demselben Schnitt eine brauchbare Zellfärbung und eine Spirochätendarstellung zu erreichen, bedeutet ein ernstes Hindernis. Hauptmann gelang es in einem Falle, die Schwierigkeit durch Umschneidung kleinster Blöcke zu überwinden, doch sind dieser Methode naturgemäß sehr enge Grenzen gesteckt. Dazu kommt, daß wir die Gewebsveränderungen, die als Reaktion auf die im Schnitt sichtbaren Spirochäten anzusprechen wären, meistens überhaupt nicht zu sehen bekommen, da der Tod des Wirtsorganismus ihre Entwicklung unmöglich gemacht hat; die sichtbaren Veränderungen dagegen verdanken ihr Entstehen längst zugrunde gegangenen Spirochäten. Zwar hat Hauptmann in zwei Fällen Herde beobachten können, wo sich nebeneinander Spirochäten bzw. „Spirochätenschatten" und auf deren Einwirkung zurückzuführende Gewebsveränderungen im Sinne einer Gewebsschädigung mit reaktiver Gliawucherung gefunden haben. Doch handelt es sich dabei vorerst um vereinzelte Befunde, bei deren Deutung sich Hauptmann selbst die allergrößte Reserve auferlegt. Auch Jahnels Versuch, die marklosen Herde, und zwar den sog. „Mottenfraß" mit den „Bienenschwärmen" in Beziehung zu bringen, stützt sich zurzeit lediglich auf Vermutungen. Interessant ist — mit Rücksicht auf die oben erwähnten Anschauungen Stargardts — die Feststellung Hauptmanns, daß „hinsichtlich der Abhängigkeit der adventitiellen Infiltration von der lokalen Anwesenheit der Spirochäten . . . von einer Parallelität gar keine Rede sein kann." An Gefäßen, deren Wand aufs dichteste mit Spirochäten durchsetzt war, wurde keineswegs auch eine hochgradige Infiltration mit Plasmazellen

wahrgenommen, ja manchmal schien diese sogar auffallend gering. —

Wie wir sehen, ist bisher nicht einmal die einfache Tatsache der Gewebsschädigung durch unmittelbare Einwirkung der Spirochäten in Fällen von Paralyse anatomisch einwandfrei festgestellt worden. Hauptmann spricht wiederholt von auffallender Reaktionslosigkeit des Gewebes gegenüber den Spirochäten. Es erscheint daher unberechtigt, wenn die schwierigsten Fragen der Anatomie der Paralyse durch die Spirochätenfunde für gelöst erklärt werden. Ob die Feststellung von Spirochäten im Paralytikergehirn uns in Stand setzen wird, alle Probleme der paralytischen Gewebsveränderung restlos aufzuklären, das wird erst die Zukunft lehren. Einstweilen müssen wir uns damit begnügen, die Bedeutung der Spirochätenfunde im Paralytikergehirn in erster Linie darin zu sehen, daß sie das schon von Hirschl geforderte Endglied in der Beweiskette für die luetische Natur der Paralyse bilden. Wie Nißl und Spielmeyer dargelegt haben, konnte der Beweis für die „noch" oder „nicht mehr" luetische Natur der Paralyse von den Anatomen nicht geführt werden; nun hat die Parasitologie den Beweis der noch luetischen Natur der Paralyse geführt. Die Stellung der Paralyse in der Reihe der syphilogenen Prozesse schon jetzt umgrenzen zu wollen, wäre viel zu verfrüht. An der anatomischen Eigenart der Paralyse gegenüber den als einfach luetisch bezeichneten Prozessen kann nicht gezweifelt werden. Die Erforschung der Quellen dieser Eigenart, das Aufsuchen der Bindeglieder zwischen der Paralyse und den einfach luetischen Prozessen (vorausgesetzt, daß solche existieren), das wird die Aufgabe einer ferneren Zukunft sein. Zunächst wird es sich darum handeln, die Beziehungen zwischen den im Gehirn vorkommenden Spirochäten und den Gewebsveränderungen aufzudecken und ihre Art zu bestimmen. Nach dem, was wir gesehen haben, wird es wahrlich keine leichte Aufgabe werden. Doch kann man bei aller gebotenen Zurückhaltung wohl hoffen, daß sie ungeachtet aller Schwierigkeiten in nicht allzu ferner Zukunft mit Erfolg gelöst werden wird. Dann, aber erst dann wird die Bedeutung der Spirochätenfunde im Paralytikergehirn in ihrem ganzen Umfang übersehen werden können.

Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)

610,5
S18

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.
Begründet von
Direktor Prof. Dr. **Konrad Alt,** Uchtspringe (Altmark).
In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes
herausgegeben von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Bumke,** Leipzig.
Neue Folge, Heft 1.

(Aus Dr. Lahmanns Sanatorium, Weißer Hirsch. Chefarzt und wissenschaftlicher Leiter Professor I. H. Schultz, Jena.)

Gesundheitsschädigungen nach Hypnose

Ergebnisse einer Sammelforschung

von

I. H. Schultz

Halle a. S. 1922
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

herausgegeben von

Geh. Medizinalrat Prof. Dr. **O. Bumke,** Leipzig.

Die erste Folge der Sammlung ist mit den vorliegenden 11 Bänden abgeschlossen. Der Preis jedes, acht Hefte umfassenden Bandes beträgt **M. 24,—**, der der kompletten ersten Folge also **M. 264,—**. Jedes Heft ist zu dem beigesetzten Preise auch einzeln käuflich. **Die Summe der Einzelpreise ist wesentlich höher als der Bandpreis.**

Die Fortsetzung der Sammlung erscheint unter Leitung des bisherigen Herausgebers, Herrn Geheimrat Bumke, Leipzig, als **„Neue Folge".** Die Zusammenfassung der einzelnen, je in sich abgeschlossenen Hefte zu Bänden kommt künftig in Wegfall. Jedes Heft erhält einen seinem Umfange entsprechenden Preis; **die Abonnenten der „Neuen Folge" genießen, sofern sie sich zur Abnahme von wenigstens 12 aufeinanderfolgenden Heften verpflichten, einen Preisnachlaß von 20 v. H.** Wie bisher wird die Sammlung bestrebt sein, den Interessen sowohl der praktischen wie der Fachärzte gerecht zu werden.

(Verzeichnis des 1., 2. und 3. Bandes auf Verlangen kostenfrei.)

VIERTER BAND.

Heft 1. **Laquer,** Dr. med. **Leopold, Frankfurt a. M.** Über schwachsinnige Schulkinder. Einzelpreis M. 4,50.

Heft 2. **Hoche,** Prof. Dr. **A.,** Freiburg i. B. Die Grenzen der geistigen Gesundheit. Einzelpreis M. 2,40.

Heft 3. **Pfister,** Prof. Dr. **H.,** Freiburg i. Br. Die Anwendung von Beruhigungsmitteln bei Geisteskranken. Einzelpreis M. 3,60.

Heft 4. **Weil,** Dr. **Max,** Stuttgart. Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Einzelpreis M. 1,80.

Heft 5. **Laquer,** Dr. **Remus,** Wiesbaden. Über Höhenkuren für Nervenleidende. Einzelpreis M. 1,80.

Heft 6/7. **Weygandt,** Prof. Dr. **W.,** Hamburg. Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Einzelpreis M. 7,20.

Heft 8. **Liepmann,** Privatdoz. Dr. **H.,** Pankow b. Berlin. Über Ideenflucht. Einzelpreis M. 7,50.

FÜNFTER BAND.

Heft 1. **Pick,** Prof. Dr. **A.,** Prag. Über einige bedeutsame Psychoneurosen des Kindesalters. Einzelpreis M. 2,40.

Heft 2/3. **Determann,** Dr., St. Blasien. Die Diagnose und die Allgemeinbehandlung der Frühzustände der Tabes dorsalis. Einzelpreis M. 7,50.

Heft 4/5. **Hoennicke,** Dr. **Ernst,** Greifswald. Über das Wesen der Osteomalazie und seine therapeutischen Konsequenzen. Einzelpreis M. 6,—.

Heft 6/8. **Heilbronner,** Dr. **K.,** Utrecht. Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Einzelpreis M. 9,—.

SECHSTER BAND.

Heft 1. **Weygandt,** Prof. Dr. **W.,** Hamburg. Leicht abnorme Kinder. Einzelpreis M. 3,—.

Heft 2/3. **Schröder,** Dr. **P.,** Breslau. Über chronische Alkoholpsychosen. Einzelpreis M. 5,40

Heft 4/5. **Stransky,** Dr. **Erwin,** Wien. Über Sprachverwirrtheit. Einzelpreis M. 8,40.

Heft 6/7. **Weygandt,** Professor Dr. **W.,** Hamburg. Über Idiotie. Einzelpreis M. 6,—.

Heft 8. **Bumke,** Privatdoz. Dr., Freiburg i. B. Was sind Zwangs-Vorgänge? Einzelpreis M. 3,60.

(Aus Dr. Lahmanns Sanatorium, Weißer Hirsch. Chefarzt und wissenschaftlicher Leiter Professor I. H. Schultz, Jena.)

Gesundheitsschädigungen nach Hypnose

Ergebnisse einer Sammelforschung

von

I. H. Schultz

Halle a. S. 1922
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten

Begründet von

Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,

Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Professor Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Goldscheider in Berlin, Geheimrat Professor Dr. A. Hoche in Freiburg i. Br., Professor und Direktor Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, Med.-Rat Dr. Mayser in Hildburghausen, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Halle

herausgegeben von

Prof. Dr. O. Bumke,

Geh. Med.-Rat, Leipzig.

Neue Folge, Heft 1.

Herrn

Geh. Med.-Rat Professor Dr.

Otto Binswanger

in herzlich dankbarer Verehrung!

Inhalt

Seite

1. Allgemeine Vorbemerkungen, Literatur, Art der Rundfrage 5
2. Welche Schädigungen sind durch Hypnose möglich? 11
3. Material der Rundfrage 19
   - Allgemeine Störungen 19
   - Technische Fehler 19
   - Besondere Einzelsymptome 21
   - Psychosen 24
   - Begutachtung 36
   - Kriminelles 40
4. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen 42

Die mißverständliche Epoche der Psychotherapie, in der ihre Anhänger zum Teil mit Recht eines einseitigen psychistischen Standpunktes beschuldigt werden konnten, ist wissenschaftlich auch in kritischen Psychotherapeutenkreisen überwunden; die moderne Psychotherapie ist sich bewußt, daß die Welt des Psychischen nur ein Segment des großen Zirkels Leben bedeutet, daß unsere Begriffe „Psychisch" und „Physisch" Begriffs- und Abstraktionsreihen sind, mit denen wir uns dem einen großen Rätsel des Lebens zu nähern suchen. Große Gebiete liegen psycho-physisch neutral (W. Stern) und „Psychisches" ist uns ohne biologische Grundlage undenkbar.

Die so begrenzte, genonome konstitutionelle, prozeßhafte und periodische Gesetzmäßigkeiten kritisch bewertende Psychotherapie bedeutet zu keinerlei anderem therapeutischen Arbeiten einen Gegensatz; die komplizierte Vielfältigkeit der Bedingungen und die Seltenheit rein „kausaler" Betrachtungsmöglichkeiten (Hoche) gerade auf unserem Spezialgebiet wird ihr unschwer den richtigen Platz anweisen und Somatotherapie jeder kritischen Indikation mit ihr vereinigen lassen.

Um so wichtiger ist es, daß gerade die psychotherapeutisch interessierten Psychiater allen minderwertigen Eigen- und Nachbarerscheinungen energisch entgegentreten, die geeignet sind, die Psychotherapie zu diskreditieren.

Die Nachwehen der gewaltigen seelischen Erschütterungen der letzten Jahre treten neben vielen anderen Zeiterscheinungen vor allem in einer gesteigerten Sucht nach Sensation und einem mächtigen Trieb zum Mystischen zutage. Die Lockerung öffentlicher Aufsicht hat es daher mit sich gebracht, daß entgegen dem Ministerialerlaß aus dem Jahre 1903 und zahlreichen Ortsverwaltungsverfügungen eine Hochflut sensatio-

neller hypnotischer Schaustellungen durch alle zivilisierten Länder wogt. Obwohl bereits 1881 die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen auf die Möglichkeit von Gesundheitsschädigungen durch solche Veranstaltungen hinwies, ein Standpunkt, der 1893 von derselben Behörde erneut unterstrichen wurde, blieben die „Experimentalpsychologen", „Wachsuggestoren" usw. zunächst meist unbehelligt.

Auf die Gefahr solcher Vorstellungen für die Gesundheit ist in neuester Zeit neben entsprechenden Gutachten der Medizinalbehörden besonders von E. Schultze[1]) und Schrenck-Notzing[2]) sowie in einer Dissertation aus der Jenaer psychiatrischen Klinik unter H. Berger[3]) hingewiesen; auch die Arbeit von Salomon[4]) ist hier zu erwähnen. Fast noch größer erscheinen die Gefahren in irgendwelchen Konventikeln für „Psychische Naturwissenschaft", „Magnetismus" oder „Spiritismus". Auch hier spielen hetero- und autohypnotische Zustände eine erhebliche Rolle; es sei nur an die Mitteilungen von A. Pick[5]) und Henneberg[6]) erinnert. Henneberg berichtet 1919 von einer „ziemlich bekannten" 40jährigen Schriftstellerin, die seit 19 Jahren flüchtig mit dem Spiritismus bekannt, seit April 1917 an einigen Sitzungen teilnahm und ihre schon früher bestehende Disposition zu automatischem Schreiben im Oktober 1918 stark entwickelte. Anschließend trat ein automatischer Schreibzwang auf, dann Stimmenhören und Gedankenlautwerden solchen Grades, daß geistige Tätigkeit unmöglich wurde.

Moll[7]) betonte schon vor vielen Jahren die besondere

---

[1]) Das Verbot hypnotischer Schaustellungen. Berl. klin. Wochenschr. 1919 Nr. 47.

[2]) Wachsuggestion auf der öffentlichen Schaubühne (Literatur!). Arch. f. Kriminologie 1920, 72, S. 81.

[3]) Otto Bucher, Über Ausbruch hysterischer Psychosen nach Hypnosen. Jena 1920.

[4]) Die Hypnose vor Gericht. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1920-21, 59.

[5]) Prager med. Wochenschr. 1888.

[6]) Mediumistische Psychosen. Berl. klin. Wochenschr. 1919, 872.

[7]) Deutsche med. Wochenschr. 1894, 42; Spiritismus und Geisteskrankheiten. Berlin 1902, Hirschfeld.

Schwierigkeit, eine juristische Handhabe gegen derartige geschlossene Krankheitsherde zu gewinnen.

Endlich hat die hypnotische Welle unserer Zeit auch die Kriminologie bewegt; der theatralische Pseudomordversuch in Hypnose an Wagner von Jauregg[8]), K. E. Mayers[9]) Mitteilung über auf Wunsch hypnotisch-suggestiv erzeugte „Pseudodemenz" zur Befreiung vom militärischen Dienst — die Entdeckung erfolgte durch die Postkontrolle —, O. Simmonds[10]) Bericht über einen fast gelungenen Verschleppungsversuch eines jungen Mädchens durch Faszinationshypnose mit anschließendem hypnosuggestivem Dämmerzustande und ein analoger (vielleicht identischer?) Fall bei Schrenck-Notzing beweisen das ebenso, wie eine phantastisch kritiklose Broschüre des Amtsrichters Fürst.[11]) Dieser glaubt, gestützt auf einige der üblichen Laienexperimente, daß Vernehmungen in Hypnose viele Richter, Zeugen usw. überflüssig machen würden, da diese Aussagen in Hypnose absolut wahrhaft seien. Ganz abgesehen von den juristischen Bedenken (Lilienberg) ist die psychologische Voraussetzung völlig falsch, wie neuestens wieder von Sachverständigen betont wurde.[12]) Verbrecher lügen auch in tiefer Hypnose mit Analgesie und Amnesie zielbewußt (Moll, Schultz).

Simmonds wurde im November 1919 zu einem aus nervöser und kritikloser Familie stammenden, außer leichtem Asthma bis dahin gesunden 19jährigen Mädchen gerufen, das nachts akut an Angst und Atembeklemmungen erkrankt war. Sie befand sich bei erhaltener Orientierung in einem ängstlichen Erregungszustande, der zunächst gegen chemische Beruhigungsmittel refraktär blieb, bis am vierten Tage die Kranke

---

[8]) Deutsche Strafrechtsztg. 1921, 51. Wien. med. Wochenschr. 1920, 50; 1921, 17-19. Kogerer, Fall Maria.

[9]) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1919, 45, 269.

[10]) Hypnose und Psychose. Med. Klinik 1920, 518.

[11]) Bedeutung des Hypnotismus für Strafrecht und Prozeßrecht. Frankfurt a. M. 1917-18, Kesselring.

[12]) Vergl.: Die Psychologie und ihre Bedeutung für die ärztliche Praxis. Acht Vorträge. Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung. Jena 1921, Fischer. Moll, Der Hypnotismus. IV. Berlin 1907, Fischer.

selbst als Ursache ihres Leidens Hypnotisierung durch einen Egon v. W. bezeichnete. In ärztlicher Hypnose gab sie an, von diesem fasziniert und öfter hypnotisiert worden zu sein. So suchte sie vier Wochen lang zum Erstaunen ihrer Angehörigen überall eine rote wollene Mütze zu kaufen, was ihr als posthypnotische Suggestion aufgetragen war. Der betreffende Suggestor habe ihr dann absoluten Gehorsam und Schweigepflicht in Hypnose auferlegt und in Aussicht gestellt, sie nach Brasilien in ein „wundervolles Haus mit großen Spiegeln und Teppichen, wo lauter Edelleute verkehrten" zu neun anderen Mädchen zu bringen. Gleich nach der ersten ärztlichen Hypnose war die Kranke völlig ruhig, es traten aber noch eine Reihe kleiner Nachschläge auf. Die Kranke war angeblich nach der Heilung für die Psychose und die Hypnosen ohne Erinnerung; sie hielt im Wachzustand den Egon v. W. „für einen sehr netten Menschen, der sich für sie interessiere und sie vielleicht heiraten wolle."

Leider fehlt in der interessanten Beobachtung der beweisende Schlußstein, nämlich der Nachweis des angeblichen Verbrechers; an der Tatsache der Hypnotisierung glaubt Simmonds aber nicht zweifeln zu müssen, obwohl er im übrigen die Möglichkeit „hysterischer Phantasiegebilde" erwähnt.

Generalstaatsanwalt Höpler[13]) berichtet über zwei junge Beamte eines kleinen Ortes, die ein 17jähriges Mädchen zugegebenermaßen in Hypnose abwechselnd sexuell mißbrauchten. In dem Orte herrschte eine ausgesprochene Hypnoseepidemie.

Daß neben diesen unerfreulichen Manifestationen auch ein außerordentlich gesundes Interesse an den hypnotischen Grundfragen und der gesamten Psychotherapie hervortrat, gibt die Lichter zu dem trüben Bilde. Nonnes nachdrückliche Betonung der Erfolge richtig eingesetzter Hypnose, die exakte Beobachtung des Stoffwechsels in hypnotisch veränderter Affektlage durch Grafe[14]), die Vertiefung der Mangoldschen Studien über Tierhyp-

---

[13]) Ärztl. Sachverständigenztg. 1921, 37.
[14]) Münch. med. Wochenschr. 1921, 346.

nose [15]), das erneute Interesse für die Frage der Operation und Entbindung in Hypnose [16]), für die Hypnotherapie im allgemeinen,[17]) für vasomotorische und andere physiologische Phänomene in Hypnose [18]) sind hier zu nennen.

Am kühnsten stieß der geistvolle Schilder [19]) vor; er glaubt bei Hypnotisierten, denen „Kleinhirnschwindel" suggeriert wurde, „Zeigestörungen" im Sinne von Baranys nachweisen und daraus auf eine „Kleinhirnhypnose" schließen zu können. Versuche, die ich mit Fräulein Dr. Reichmann [20]) über diese eindrucksvollen Untersuchungen machte, beweisen deutlich, daß hier nicht die reflektorischen Statomechanismen, sondern allgemeine urteilhafte Bewußtseinslagen sich ändern; nicht weil er zerebellare Reaktionen hat, sondern weil er sich unter der „Drehschwindelsuggestion" unsicher fühlt, liefert der Hypnotisierte oft Fehlresultate. Zu ähnlichen Feststellungen kommt neuerdings Loewy [21]).

Grafe ging so vor, daß an hypnotischen Versuchspersonen (Studenten) Stoffwechselhemmungen (Respirationsversuche) angestellt wurden; die Setzung depressiver Affekte ergab eine Steigerung des Stoffwechsels von 12 v. H. bei einer Versuchsperson, während sie bei der anderen wirkungslos blieb. Die „Vorstellung" intensiver Muskelarbeit bei motorischer Hemmung führte bei beiden Versuchspersonen nicht zu Veränderungen.

Bemerkenswert ist hier endlich eine Mitteilung von Ge-

---

[15]) E. Mangold, Hypnose bei Tieren. Jena 1914, Fischer. E. Mangold und Eckstein, Hypnose bei Tieren. Pflügers Archiv 1919, 177, 1, 39. E. Mangold, Südwestdeutsche Neurologen, Baden-Baden 1919. Muck, Münch. med. Wochenschr. 1920, 502.

[16]) von Öttingen, Münch. med. Wochenschr. 1921, 9. Speer, Münch. med. Wochenschr. 1919, 38. Friedländer, Hypnonarkose. Stuttgart 1920, Enke.

[17]) E. Jentsch, Monatsschr. f. Psychiatrie 1919, 45, 228. N. Serog, Med. Klinik 1919, 1146.

[18]) Bäumler, Münch. med. Wochenschr. 1917, 1385. Lenk, Deutsche med. Wochenschr. 1920, 39. Nicholsohn, Neurol. Zentralbl. 1920.

[19]) Bauer-Schilder, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1919, 64, 6-7.

[20]) Südwestdeutsche Neurologen, Baden-Baden 1920.

[21]) Psyche und Statik. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1921, 65, 141.

orgi[22]) aus dem Institut für physikalische Therapie in Zürich. Diesem Autor gelang es, das psychogalvanische Phänomen in Hypnose aufzuheben. Die weitgehende Beeinflussung der Magenfunktionen durch physische Reize ist besonders seit Pawlows klassischen Versuchen bekannt; Schrottenbach[23]) studierte sie experimentell-psychologisch an einem Magenfistelpatienten. Die Qualität gezeigter Nahrungsmittel schien ihm von Belang. Heyer[24]) legte Hypnotisierten ohne Beschwerden die Magendauersonde ein und konnte bei hypnotischer Suggestion verschiedener Nahrungsmittel Absonderung von verschieden zusammengesetztem Magensaft beobachten.

Die Eigenart der psychischen Schädigungen unserer Zeit legte es nahe, die Beobachtungen sammelnd zu vereinigen, insbesondere solche über **Gesundheitsschädigungen durch Hypnose.** Um einen gewissen Überblick über Art und Häufigkeit der in Frage stehenden Schädigungen zu erhalten, wurde der folgende Fragebogen an etwa 600 Stellen (Irrenanstalten, Nerven- und Innerekliniken, Nervenärzte, Gerichtsärzte, medizinische Vereine Deutschlands, Österreichs und der Schweiz versandt[25]): „Im Interesse einer Sammelrundfrage bitte ich ergebenst, bis zum 1. April 1921 mir freundlichst mitteilen lassen zu wollen, ob und welche Schädigungen nach Hypnose, besonders nach Schauhypnosen und ähnlichen von Laien in den letzten zehn Jahren bei Ihnen beobachtet worden sind? Namentlich für kurze Mitteilung über Art und Dauer von derart ausgelösten Psychosen wäre ich zu großem Danke verbunden. Sollten Sie in der Lage und gewillt sein, über einen bemerkenswerten Fall Näheres (Krankenblatt!) zur Verfügung zu stellen, so würde das im Interesse der guten Sache besonders willkommen sein!"

Infolge Adressenveränderung, Todesfall usw. liefen etwa 150 Anfragen wieder zurück. Auf die 450 ausgefertigten Anfragen kamen etwa 200 Antworten ein, von denen wir eine Anzahl

---

[22]) Arch. f. Psychiatrie 1921, 65, 3.

[23]) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1921, 69, 254.

[24]) Arch. f. Verdauungskrankh. 27, 4-5.

[25]) Den freundlichen Beantwortern der Anfrage sei hier mein bester Dank gesagt.

ausschalten mußten, da sie entweder ganz unbestimmt lauteten oder auf andere Gesichtspunkte eingingen. Zur Verarbeitung geeignet waren 146 Antworten. Von ihnen betrafen 19 überwiegend juristische bzw. forensische angrenzende Punkte. Glatte Meldungen, daß entsprechende Beobachtung im Fragezeitraum nicht gemacht seien, erfolgten 81: sie stammen von 11 Universitätskliniken, 46 Provinzialanstalten, 8 Nervenärzten, 9 Privatanstalten, 5 städtischen Krankenhäusern und je einem Erziehungsheim und medizinischen Verein. Diesen 81 Fehlanzeigen stehen 51 Berichte positiven Inhaltes gegenüber, und zwar von 15 psychiatrischen und 3 internen Kliniken, 4 Provinzialanstalten, 20 Nervenärzten, 4 Kreis- und Gerichtsärzten und 4 Privatanstalten! Eine Zusammenstellung der Berichte ergibt über 100 Gesundheitsschädigungen nach Hypnose, d. h. fast nur Laien- und Schauhypnosen, die überwiegend in die letzten drei Jahre fallen. Meldungen, die unter Hinweis auf Einzelheiten von „zahlreichen" Erfahrungen berichteten, wurden dabei als drei Fälle berechnet, so daß die Zahl noch zu tief gegriffen sein dürfte.

Welche Art Schädigungen sind nun durch Hypnose möglich?[26])

Zur Beantwortung dieser Frage ist vor allen Dingen eine klare Auffassung der Hypnose erforderlich. Claparède und Baade[27]) konnten 1919 noch 16 verschiedene, sich vielfach widersprechende „Theorien" der Hypnose zusammenstellen; ohne allzu anspruchsvolle Theorie kann gesagt werden, daß unter „Hypnose" ein veränderter Bewußtseinszustand verstanden wird, der durch verschiedene Maßnahmen herbeigeführt werden kann. Zur Herbeiführung wird eine Herabsetzung aller peripheren Sinnesreize oder ganz einseitige Einengung auf einen einzelnen Sinnesreiz (Monotonie) benutzt und passives Verhalten der Versuchspersonen, wie beim Einschlafen, angestrebt; oberbewußtes Denken, Kritik, Eigenwille soll tunlichst abgestellt und dem Suggerierenden nachgegeben werden.

---

[26]) Vergl. besonders Moll, Hypnotismus. IV. Berlin 1907, Fischer. Schrenck-Notzing, l. c.

[27]) Archives de psychologie, Juli 1909.

So etabliert sich ein Zustand von Passivität, der je nach Veranlagung langsam schrittweise sich entwickelt oder mit plötzlicher Umschaltung einsetzt. Plötzliche Umschaltungen kommen namentlich auch vor, wenn die Versuchspersonen brüsk angefaßt, schwindlig gemacht oder durch überlanges Fixieren eines glänzenden Gegenstandes oder der Augen des Suggestors („Faszination") überrumpelt werden. Ohne durch die folgende Betonung überhaupt irgendein Psychisches von der für den Mediziner denknotwendigen biologischen Einheit lösen zu wollen, muß betont werden, daß gerade diese plötzlichen Umschaltungen besonders intensive Abläufe darstellen. Sie rücken in die Nähe der tierischen Hypnose (Mangold, Eckstein) und Kataplexie (Preyer, Muck); tiefes Erblassen, starke Kongestion, Pupillenerweiterungen, Schweißausbrüche, Palpitationen u. a. m. zeigen nicht selten schon grob klinischer Beobachtung Symptome. Die oft nach solchen Zuständen spontan auftretende Amnesie hat nicht selten retrograden Charakter, wie z. B. im folgenden Falle:

In der Nervenklinik in Jena wurde mir eines abends 6 Uhr ein 56jähriger Arbeiter mit Monotremor grobschlägiger Art des rechten Armes eingeliefert. Er zeigte mäßige Arteriosklerose ohne grobe Herderscheinungen oder Symptome einer Kreislauf- oder Nervenschädigung, 150 Blutdruck, leichte Merkstörung, affektive Inkontinenz, keinen Urteilsdefekt; depressive Verstimmung, Klagen über Insuffizienz; keine theatralischen Züge. In der Anamnese mittlerer Alkoholkonsum und schwer psychische Erschütterung. Der einzige Sohn des sehr strebsamen und gewissenhaften Mannes kam auf die Verbrecherlaufbahn und wurde wegen Raubmordes hingerichtet; beim Schreiben an der Korrespondenz mit diesem Sohne hatten sich zum ersten Male leichte Zittererscheinungen im rechten Arm gezeigt. Da es faradosuggestiv nicht gelang, den Tremor, der sich nach einem Unfall kürzlich akut verstärkt hatte, zu beseitigen, wurde Patient durch kurze Fixation und leichte Rückenbeugung des Kopfes (Großmann) schnell hypnotisiert. Die Zitterbewegungen sistierten. Nach methodisch langsamem Wecken war der Kranke etwa eine halbe Stunde lang unklar darüber, wo er sich befand; es gelang erst nach längerem Besprechen, ihn den Erinnerungsfaden wieder von zu Hause (außerhalb) über die Bahnfahrt, Weg vom Bahnhof zur Klinik, dortige Aufnahme, etwa einstündige Untersuchung mit Schriftprobe, psychischen und neurologischen Status und faradosuggestiver Behandlung bis zur Hypnose anspinnen zu lassen. Der Tremor blieb in der klinischen Behandlung fast dauernd verschwunden,

später erfolgte Rezidiv. Die „Amnesie" trug in keiner Weise den Stempel eines posthypnotischen Dämmerzustandes, Gansersymptome fehlten völlig; alle Reaktionen waren etwas langsam, aber die Angaben über alle vor der Abreise zur Untersuchung liegenden Ereignisse prompt und präzise.

Analoge Beobachtungen sind ja auch beim Erwachen aus dem Normaltiefschlaf nicht selten, z. B. bei dem schreckhaften Auffahren an einem Feier- oder Ferientage, wo der Erwachende glaubt, den Dienst versäumt zu haben. Ebenso wie der Nachtschläfer ist auch der Hypnotisierte — besonders wohl der Niederlegung von Hemmungsmechanismen wegen — disponiert zur Produktion „anfallsartiger" Mechanismen, die konstitutionell in ihm vorbereitet sind. Ihre Geschichte geht von den griechisch-indischen Tempelparoxysmen über Meßmers „heilsame magnetische Krisen" unmittelbar in die Gegenwart.

Als ein Zustand der Abschaltung der Höchstfunktionen mit schlafähnlicher, wahrscheinlich schlafgleicher Einengung und oft plötzlich „einschaltendem" Beginne ist die Hypnose so äußerlich charakterisiert. Je nach Individualität und Leitung treten nun optische, akustische, motorische Phänomene in den Vordergrund, die sich schrankenlos und widerspruchsfrei behaupten, da die „oberbewußten", die Höchstfunktionen abgeschaltet sind. So entsteht das dem Neuling so eindrucksvolle Bild der „absoluten Suggestibilität", mit oft traumhaft lebendigem Erleben (Somnambulhypnose); auch sie darf nicht einseitig „psychisch" aufgefaßt werden. Suggestiv gesetzte Affektstöße gehen mit deutlichen Stoffwechselstörungen einher (Grafe), vielleicht intensiver, als die Affektschwankungen des „Wachlebens", denen mit Fankhausers[28]) Überlegungen — trotz mancher Vorbehalte — und zahlreichen neueren Untersuchungen besonders greifbare Schwankungen des Organismus zuzuordnen sind. Es sei an die Versuche Buscainos[29]) erinnert, der bei Katzen und Meerschweinchen nach Schreck Glykosurie, Fermentstörungen u. a. m. nachwies, ferner an die Experimente von Cannon

[28]) Wesen und Bedeutung der Affektivität. Berlin 1919, Springer.
[29]) Referat, Neurol. Zentralbl. 1921.

und de la Paz, die bei irritierten Katzen Störungen der Adrenalinproduktion demonstrierten.[30]) Gerade die „dramatischen" sensationellen hypnosuggestiven Produktionen sucht aber der Schauhypnotiseur zu erzwingen, um dem Publikum Eindruck zu machen.

Die Frage nach Art möglicher Hypnoseschädigungen würde dahin zu beantworten sein, daß Gesundheitsschädigungen einsetzen können:

A. durch die Hypnose an und für sich:
   1. die hypnotische Umschaltung als solche,
   2. Fehler der Technik,
   3. überlastendes Experimentieren;
B. durch falsche Auswahl der Versuchspersonen;
C. durch die Sensationsatmosphäre der Schaustellung.

Auf die technischen Vorbedingungen der Hypnose und die wesentlichsten Kunstfehler auf diesem Gebiete ist so oft hingewiesen,[31]) daß diese Punkte hier vorausgesetzt werden können. (Psychische Vorbereitung, schonendes Einschläfern und Wecken, sorgfältiges Desuggestionieren, Vermeiden primitiv hypnotischer Dressur und Verhindern der Ausbildung eines „nicht unbedenklichen psychischen Automatismus" [Schrenck-Notzing]). Die Kasuistik wird zeigen, daß auch sorgfältigen, ärztlichen Suggestoren hier gelegentlich ein Versehen passiert. Die hypnotische Umschaltung als solche ist bei vorsichtigem und kritischem Arbeiten für Gesunde sicher unschädlich; bekannt ist, daß bei Psychopathen oft „autosuggestive" Phänomene und auch Weckschwierigkeiten vorkommen können. Ob bei Individuen, die bereits einen Schub von Dementia praecox hinter sich haben oder zu einem solchen disponiert sind, der Umschaltungsvorgang wirklich immer so gleichgültig ist, wie fast allgemein angenommen wird, scheint doch zweifelhaft;

---

[30]) Zit. bei Schultz, Somatosymptome der Dementia praecox. Monatsschr. f. Psychiatrie 1915.

[31]) Vergl. die Lehrbücher von Forel, Hilger, Hirschlaff, Loewenfeld, Moll und Leitfäden von Flateau, Sopp, Trömner. Technik: Verf. in H. Vogts Handbuch der Therapie für Nervenkrankheiten. Jena 1917, Fischer.

im gegenteiligen Sinne werden wohl „Versetzungsbesserungen" (Bleuler) allgemein anerkannt. Auch sonst sind in letzter Zeit Stimmen laut geworden, die einer seelischen Beeinflussung Schizophrener in geeigneten Fällen und kritischem Maße das Wort reden. Ganz von den Arbeiten ausgesprochener Freudianer abgesehen, bei denen zu häufig die begeisterte Anwendung der Analyse in der Beurteilung therapeutischer Erfolge die kritische Einstellung schwächt, teilt z. B. Popper[32]) in seiner Arbeit über „den schizophrenen Reaktionstypus" beiläufig mit, daß A. Pick eine „Art seelischer Diätetik" bei „gewissermaßen prophylaktischer Behandlung initialer Schizophrenen" mit Erfolg versuchte. Auch Repond[33]) hält in einem im Schweizer Verein für Psychiatrie gehaltenem Vortrage die Beurteilung der Behandlungsmöglichkeiten für im allgemeinen zu pessimistisch und glaubt, daß eine vertiefte Beschäftigung mit den Kranken geeignet ist, die Heilaussichten zu verbessern. Wert und Bedeutung der Beschäftigung ist ja auf diesem Gebiete lang anerkannt, wenn sie auch bei oberflächlicher Betrachtung oft zu sehr als Pflegemaßnahme aufgefaßt und in ihrer therapeutischen Eigenart vom physiologischen und psychologischen Standpunkte aus unterschätzt wird.

Bleuler[34]) bezeichnet als „die einzige zurzeit ernst zu nehmende Therapie der Schizophrenie im ganzen", die „psychische". „Besserungen auf psychische Einflüsse finden auch unzweifelhaft statt", doch ist der therapeutische Weg „ein Tasten". Vom Schulunterricht im Sinne Masselons erwarte er nicht viel, mehr von individuellem Eingehen und allgemeiner Reedukation.

Trotzdem betont Bleuler, es sei noch nicht mit Sicherheit zu entscheiden, ob es überhaupt psychische Ursachen der Schizophrenie gibt; „Ursache" hier allerdings im ganz speziellen und vollständigen Sinne. Als „unzweifelhaft" bezeichnet es dagegen Bleuler, daß „psychische Erlebnisse schizophrene Syndrome bewirken können"; es wird „die schon veränderte Psyche zu einer abnormen Reaktion veranlaßt". Schi-

[32]) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u .Psychiatrie 1920, 62, 194.

[33]) Referat, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1921, 25, 514.

[34]) Schizophrenie, in Aschaffenburgs Handbuch.

zophrene Erkrankungen, die im Anschluß an Schauhypnosen beobachtet werden, können daher nach Bleuler gegebenenfalls unter dem Gesichtspunkte der „Auslösung" oder „Verschlimmerung" beurteilt werden; nur muß berücksichtigt werden, daß — nach Bleuler — „alle neuen Bewegungen die latent Schizophrenen zuerst anziehen" und von ihnen „zugleich gefördert und gefährdet" werden. So erklärt es sich, daß von den „Stürmern und Drängern" mehrere krank wurden, nicht aber dadurch, daß die Teilnahme an der Bewegung sie krank gemacht hätte.

Die kriegsärztliche Begutachtung der Dementia-praecox-Kranken hat die prinzipielle Frage nach der Rolle „äußerer" namentlich „psychischer" Faktoren besonders lebhaft erörtern lassen, ähnlich wie früher die Diskussion der Haftpsychosen. Auch die neueren Mitteilungen lassen neben den speziell gutachtlichen (Pappenheim und Groß)[35] die vielfach erhebliche diagnostische Unsicherheit gegenüber „Degenerativen" von „schizophrenem Reaktionstypus" (Popper) erkennen. Statistisch betrachtet konnten Bonhöffer[36], Meyer[37]) und Reichardt[38]) keine Verschiebungen der Zugangsziffern an Dementia praecox feststellen, während Kreuser[39]) um ein Drittel mehr Schizophrene aufnahm als im Frieden.

Der wissenschaftliche Senat der Kaiser-Wilhelm-Akademie[40]) verlangt vor allen Dingen genaueste Anamnese; eine exogene Erzeugung des Leidens komme so gut wie gar nicht in Frage, Auslösung und Verschlimmerung nur in Ausnahmefällen, zu denen auch plötzliche seelische Erschütterungen zu rechnen seien.

Wilmanns[41]) und besonders Reichardt (l. c.) sowie sein Mitarbeiter Keßler[42]) stehen diesen Beobachtungen

---

[35]) Politik und psychische Erkrankungen. Jahrb. f. Psychiatrie 1913, 34, 125.

[36]) Berl. psychiatr. Gesellsch., Januar 1919.

[37]) Arch. f. Psychiatrie.

[38]) Vortrag, Würzburg, Dezember 1918.

[39]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1918, 74, 1.

[39]) Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1918, 47.

[41]) Kriegstagung, München 1916.

[42]) Dissertation, Würzburg 1916.

ablehnend gegenüber, Kreuser (l. c.) und Röse[43]) nehmen einen vermittelnden Standpunkt ein. Dagegen sprechen sich eine Reihe von Autoren deutlich positiv aus. Tintemann[44]) und Papst[45]) weisen auf die Häufigkeit älterer Ersterkrankter nach gutem Dienste hin, Anton[46]), Schneider[47]), Friedländer[48]) betonen die auslösende Wirkung affektiver Schwankungen, besonders bei katatonen Zuständen, die oft „psychogen" beginnen (Schneider). Barton[49]) und Fauser[50]) halten Gemütserschütterungen sogar für äußerst wesentlich und häufig von Belang, ebenso Krause[51]). Weygandt[52]) vertritt die Anschauung, daß die Kriegsschädigungen, auch affektiver Art, bei manchen leicht Disponierten, die sonst frei blieben, Psychosen auslösen, die dementsprechend prognostisch günstiger sind, wie dies auch Alt und Fauser hervorheben. Jörgers Ansicht, daß bereits die Mobilmachung — in der Schweiz! — als wesentliches auslösendes Moment gelten dürfte,[53]) steht isoliert.

Zusammenfassend darf wohl die Ansicht als herrschend bezeichnet werden, daß für die Auslösung von Krankheitsschüben bei Dementia praecox unter kritischer Bewertung der Anamnese „psychische" Faktoren, insbesondere Gemütserschütterungen Berücksichtigung verlangen, wenn auch ihre Wirksamkeit immer eine entsprechende Disposition voraussetzt. Möglicherweise birgt die von Affekten allerdings nie ganz zu trennende hypnotische Umschaltung besonders brüsker Form eine gewissermaßen spezifische Schädigung.

Selbstverständlich wird es für die Frage Dementia praecox

---

[43]) Klinik f. psych. Krankh. 1918, 10, 141.
[44]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1917, 72, 1.
[45]) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1919, 20, 283.
[46]) Mitteldeutsche Psychiater, 1917.
[47]) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1918, 43, 3.
[48]) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1919, 48, 301.
[49]) Wien. klin. Wochenschr. 1918, 685.
[50]) Arch. f. Psychiatrie 1918, 59, 1.
[51]) Nordwestdeutsche Psychiater, Juli 1918.
[52]) Neurol. Zentralbl. 1918, 16.
[53]) Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. 1914, 58.

und Hypnose von entscheidendem Einfluß sein, ob etwa eine alte Dementia paranoides aus einem hypnotischen Erlebnis Material übernimmt oder ob bei einem vorher anscheinend Intakten (Tintemann, Papst) an unsachgemäße „Hirnexperimente", um die Hypnose in diesem Zusammenhang recht „physiologisch" zu bezeichnen, ein Erkrankungsschub sich anschließt. Ganz besonders wesentlich wird die Frage, wenn nachweislich ein überlastendes Experimentieren mit schweren Affekt-(Stoffwechsel-)stößen stattgefunden hat. Durch Anerkennung solcher Möglichkeiten wird die „Dementia praecox" in nichts ihrer Würde als „organische Erkrankung" entkleidet, sondern nur dem „bloß Psychischen" sein biologischer Wert als Lebenseinheit zuerkannt. Gerade bei diesen schwierigen Überlegungen werden wir uns mit Hoche[54]) besinnen: „Wir kennen auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten Voraussetzungen, Bedingungen, mitwirkende Umstände, auslösende Momente, aber fast gar keine reinen Ursachen der geistigen Erkrankungen."

Besondere Sorgfalt wird der Arzt daher der Auswahl seiner Versuchspersonen zuwenden; nur der hypnotisch Erfahrene wird an labile Hysteropathen herangehen und hier, wie bei jedem stärker Pathologischen alle Experimente unterlassen, besonders die Dressurentwicklung aktiver Somnambulie. Der Arzt wird neben der Spezialarbeit der Hypnose die Gesamtpsychotherapie, besonders die rationelle Wachpsychotherapie nicht vergessen und damit den dritten Hauptpunkt ausschalten, die Sensationsatmosphäre. Bedauerlicherweise haben sich neuestens wieder auch Ärzte in dieser Beziehung vergriffen, so z. B. Kauffmann, Halle, in seinem an theatralischen Experimenten reichen Schriftchen über Suggestion und Hypnose und ganz besonders in einer Laienbroschüre „Heilerfolge mit Suggestion und Hypnose" (Halle 1921, Krumm-Heller), in der mystische Überlegungen nahegelegt werden („Kräfte")!

Hier berührt sich unser Thema mit dem spiritistisch-mediumistischen Psychosen Hennebergs, mit der Psychologie

---

[54]) Med. Klinik 1921, 1.

psychischer Epidemien,[55]), der Massenpsychologie, dem Problem des Einanderfindens von Psychopathen (E. Meyer) und der Milieusuggestion. Ein anschauliches Beispiel kleinsten Maßstabes konnte hier kürzlich beobachtet werden.

Ein 14jähriges Mädchen mit Enuresis nocturna der sensiblen Tiefschlafform wurde in sechs Sitzungen hypnotisch behandelt; es erhielt die Suggestion, um 12, 3 und 6 Uhr aufzuwachen, das Bett zu verlassen, die Blase zu entleeren, das Bett wieder aufzusuchen und weiterzuschlafen, Suggestionen, die es zunehmend gut mit Erfolg für das Grundleiden realisierte. Das Kind wurde von einer 46jährigen Tante gebracht, die während der minutenlangen Sitzungen anwesend war. Einige Zeit nach Abschluß der Behandlung meldete sich die Tante sichtlich verlegen mit Bitte um Hilfe, da sie allnächtlich um 12, 3 und 6 Uhr die Suggestionen pünktlich realisierte. Eine kurze Gegensuggestion hob den Mechanismus auf.

Nach diesen Vorbemerkungen ordnet sich das eigentliche Material der Gesundheitsschädigungen nach Hypnose unserer Rundfrage in:

1. Allgemeine Folgen.
2. Technische Fehlerfolgen.
3. Auffällige Einzelsymptome.
4. Psychosen.
5. Kriminelles.

Lediglich allgemeine Störungen nach Schauhypnose ergaben die Berichte von C. Vogt, Disqué, Bieling, Fürnrohr und Bernard: Kopfschmerzen, Zittererscheinungen, leichte Benommenheit und tagelanges Übelbefinden allgemeiner Art mit oft erheblicher Erwerbs- bzw. Arbeitsstörung. Nißl von Mayendorf „vermißte psychische Störungen nach (auch ärztlicher) Hypnose nie vollständig". Dessoir weist besonders auf das schwere Zusammenbrechen Schaubühnengeheilter hin, wie z. B. Erfahrungen aus Braunschweig lehrten, wo ein früherer Humorist sein Suggestionsunwesen trieb.

Zu den Fällen, wo speziell technische Fehler zu Gesundheitsstörungen führten, gehört eine Beobachtung Grafes; Grafe stellte in der Heidelberger Medizinischen Klinik, wie erwähnt, Stoffwechseluntersuchungen an Versuchspersonen

---

[55]) W. Hellpach, Geistige Epidemien. Frankfurt a. M., Rutten-Loening.

in hypnotischen Affektausnahmezuständen an. Eine Versuchsperson erhielt die Suggestion, das Elternhaus stehe in Flammen, ohne die ausdrückliche, sonst stets beigefügte Ausgleichsuggestion, daß es sich nur um einen Traum handle, und verfiel nach der Hypnose in einen unruhig deprimierten Zustand, der erst auf hypnotische Korrektur, dann aber restlos zurückging; ein ungewolltes, interessantes Experiment zur Frage halbklar reaktiver Depressionen. Habermann[56]) in New York hat bekanntlich die euphorisierende Wirkung freundlicher Suggestionen, die auch vordem gelegentlich viele Psychotherapeuten benutzten, zu einer systematischen „dream Therapy" ausgebaut, deren Stimmung verbessernde Erfolge er lobt.

Aus eigener Beobachtung kann ich mehrere Folgen technischer Fehler anführen; so verkannte ich in den ersten Jahren hypnotischen Arbeitens die oft schon vorhandene Tiefe der Hypnose, weckte meine Versuchspersonen durch die Frage „schlafen Sie?" oder entließ sie ungenügend desuggestioniert aus der Sprechstunde, bis mehrfache Klagen über späteres Erwachen in der Wohnung und — hypnotisch leicht aufhebbare — Amnesie für den Rückweg mich über den Fehler belehrten, der mir besonders bei der Behandlung ruhiger Männer passierte. Durch einen technischen Fehler wurde ich auch zu der mit Heller[57]) publizierten Beobachtung suggestiver Vesikation geführt. Meine Versuchsperson war damals ein junger Zimmermann, der von Laien stark hypnotisch dressiert war. Er wurde von mir in einem Demonstrationszyklus Ärzten gezeigt, der achttägig stattfand. An einem Abend legte ich der Versuchsperson eine Münze auf den Handrücken, suggerierte Verbrennung ohne Schmerz, konnte aber bei Abnahme der Münze nichts von Reaktion bemerken. Im Laufe der Demonstration und Diskussion vergaß ich die Suggestion zurückzunehmen. Nach acht Tagen unterhielt ich mich einleitend mit der Versuchsperson und fragte nach dem Befinden. Die Versuchsperson gab an, sich ganz wohl zu fühlen, nur habe sie jeden Morgen beim Er-

---

[56]) International Clincs 1901, IV, 20. Sr. Philadelphia.
[57]) Münch. med. Wochenschr. 1909, 28.

wachen ohne besondere Empfindungen eine Blase auf dem Handrücken, die nach Eröffnung durch Nadelstich verschwinde. Zurücknahme der Suggestion in erneuter Hypnose ließ die „hypnotische Brandblase" sofort verschwinden. In einem exakt kontrollierten späteren Versuche in klinischer Beobachtung wurde dann die „hypnotische Brandblase" erneut unter Siegelverband provoziert. Über ähnliche technische Fehlerbeobachtungen verfügen wohl alle Kollegen, die sich eingehender mit Hypnose befaßt haben.

Von Einzelsymptomen erwähnt Moll besonders eine eigentümliche Steigerung der motorischen Suggestibilität; er sah zahlreiche Teilnehmer von Schauhypnosen, die von dem Vortragenden aufgefordert waren, das Phänomen des „automatischen Händeschlusses" zu versuchen — Unmöglichkeit, die aneinander gelegten Hände zu trennen —, und speziell in diesem Punkte so übersuggestibel blieben, daß sie noch längere Zeit bei bloßem Zusehen gehemmt waren. Meyer, Würzburg, klagte über Auslösung schwerer Angst vor jeder, auch ärztlicher Hypnose durch Zusehen in einer Volksfestbude, in der ein Artistenpaar „Hypnosen" vorführte, die, wie die „Künstler" dem Kollegen ohne weiteres zugaben, simuliert waren. Ähnliche Gesichtspunkte betont auch L. Frank. Hartung, ein „absoluter Gegner der Hypnose" bekam ein bleichsüchtiges Mädchen in Behandlung, bei dem starke Metrorrhagien seit einem halben Jahre von verschiedenen Kollegen vergeblich behandelt wurden. Er konnte eruieren, daß die Kranke seit längerer Zeit von einem „Magnetopathen" zum Tiefschlaftrance dressiert wurde, um als Schreibmedium zu dienen. Nach striktem Verbote der „Sitzungen" bildeten sich die Metrorrhagien zurück. Wenn diese Beobachtung auch nicht eindeutig ist, soll sie doch Erwähnung finden, da neuerdings, wie die schönen Beobachtungen Hübners[58]) über Suggestivbehandlung (Faradosuggestion) nervöser Menstruationsstörungen und Genitalneurosen zeigen, in weiteren Kreisen mehr Verständnis für suggestive Einwirkungen auf gynäkologischem Gebiete besitzt, deren Erfolge in speziell psychotherapeu-

[58]) Deutsche med. Wochenschr. 1920, 25.

tischen Kreisen lange fest standen.[59]) Die Kurpfuscher kennen diese Mechanismen sehr gut; erst kürzlich führte eine meiner Patientinnen, da ich zu ihrer Angabe, daß sie ein „Magnetopath" erfolgreich behandele, etwas skeptisch lächelte, als Beweis an, daß gleich nach der ersten Sitzung die Menstruation, die sonst immer dreiwöchentlich eintrat, sich erwünschter Weise um acht Tage verzögert habe.[60])

Mendel teilt die interessante Beobachtung mit, daß bei einem jungen Mädchen im unmittelbaren Anschluß an eine Hypnose durch einen Vetter 1902 in einer größeren Gesellschaft eine hysterische Blindheit auftrat, die viele Jahre bestand und noch 1906 jeder Therapie trotzte (Elektrizität, Suggestion, Hypnose, ferrum candens usw.). Schon vor der Hypnose bestand affektive Bindung an den Vetter. Forster, der zufällig die Kranke jetzt in Behandlung bekam, konnte nur noch ein „hysterisch angewöhntes Augenschließen" feststellen, das sich „innerhalb einiger Stunden abgewöhnen" ließ, so daß die Kranke zurzeit symptomfrei ist.

Schon in dem letzterwähnten Falle ist trotz eines glücklicher Weise ärztlich erreichten günstigen Ausganges eine recht ernste Gesundheitsschädigung gegeben; noch bedenklicher liegt vielfach die Frage bei an Hypnosen anschließenden Psychosen.

Nicht ganz selten, aber in sachgemäßer Behandlung harmlos sind „posthypnotische Autohypnosen"; zwei entsprechende Beobachtungen teilt Wilmanns mit. Es handelt sich einmal um eine Sängerin, der W. in Vertretung von Häcker die Periode um einige Tage hypnotisch hinausschob. Sie machte im hypnotischen Intervall eine kurze dämmerhafte „Autohypnose"

---

[59]) Bruneberg, Hypnotismus. Berlin 1896, Tatzel. Delius, Med. Klinik 1908, 52. Kohnstamm, Ther. d. Gegenw. 1907 u. v. a.

[60]) Erfreulicherweise mehren sich in letzter Zeit die Mitteilungen über rationelle Verwertung der Hypnose in Frauenkliniken; besonders zu erwähnen ist die Heidelberger Klinik (Menge), an der die Touchierkurse zu seelischer Schonung der Kranken in Hypnose abgehalten werden. Posthypnotisch wird noch für die nächsten 24 Stunden das Genital analgesiert, weil sonst die örtlichen Nachbeschwerden die Erinnerung aus der Hypnose reproduktiv wecken. Auch therapeutische Erfolge werden mitgeteilt (Raefler-Schütze, Zentralbl. f. d. ges. Med. 1921, 1270-1274).

durch. Im anderen Falle realisierte eine Patientin die „posthypnotische Müdigkeitssuggestion" abends und produzierte „einen ihr selbst fremden, eigenartigen Zustand, in dem sie meine (W's) Stimme vernahm und eine Uhr ticken hörte (die Uhr der Poliklinik), so daß sie von ihren Angehörigen zu Bett gebracht werden mußte." In beiden Fällen konnte durch hypnotische Gegensuggestion das Wiederauftreten solcher Symptome leicht verhindert werden. Nonne sah eine tiefe „Autohypnose" bei einem vor Jahresfrist wegen Paraplegie hypnotisierten Patienten auftreten, als dieser, im Wohnzimmer wartend, einem Porträt des Arztes gegenübersaß. Solche harmlosen Erleichterungen der hypnotischen „Umschaltung" sind früher öfter in dem Sammelbegriff der „Hypnosesucht" oder „Hypnomanie" mit aufgegangen; ein analoges Beispiel meiner Beobachtung bot ein junger Agrarier mit zwanghafter Gesellschaftsfurcht, der vor irgendwelchen Festlichkeiten u. dgl. tagelang Erwartungssymptome im Sinne von Kraepelin-Isserlin durchmachte, und in der Situation mit der Angst vor „Ohnmacht" und „Erbrechen" so schwer zu kämpfen hatte, daß er allen solchen Gelegenheiten aus dem Wege ging. Einige hypnotische Sitzungen behoben die Erwartungsneurose, so daß der Kranke ohne Vorbeschwerden eine Gesellschaft aufsuchte. Er blieb hier auch angst- und beschwerdefrei, geriet aber einmal in einen „eigenartigen Zustand", in dem ihm, trotzdem er keinem anderen auffiel, die Sinneseindrücke etwas „unpersönlich" erschienen, er selbst sich leicht depersonalisiert fühlte, aber ohne dysphorische Momente, mehr im Sinne einer abgestumpften Gehobenheit der Affektivität. Hypnohalluzinatorische Symptome, wie in dem zweiten Falle von Wilmanns, fehlten.

Während diese den „posthypnotischen Suggestionen" entsprechenden Störungen nach einem freien Intervalle auftreten, schließen andere, auch oft „posthypnotisch" bezeichnete Erscheinungen direkt an die Hypnose an, so daß der Eindruck des „ungenügenden Weckens" entsteht; eine scharfe Trennung ist hier nicht möglich, obwohl die bisher erwähnten „Rückfall"-erscheinungen in der Psychologie der Hypnose und ihrem Mechanismus anders stehen.

Während bei den bisher dargestellten Fällen ein mehr oder weniger ausgesprochen hypnotisches Bild sich spontan ent-

wickelt („Autohypnose"), brechen in anderen Fällen fremde Mechanismen in den hypnotischen Verlauf ein, die im älteren hypnotischen Sprachgebrauch meist als „autosuggestive" bezeichnet werden.

Einen typischen Fall solcher Art, der bereits kurz veröffentlicht ist,[61]) stellt Wagner von Jauregg zur Verfügung: „Ein junger Mann, der schon etwa 200 mal aus blassem Fürwitz hypnotisiert worden war. Es war ihm wiederholt die Suggestion gegeben worden, er sei irrsinnig, und er benahm sich dann danach. Das letzte Mal artete die Sache in einen tobsüchtigen Erregungszustand aus, in dem der Hypnotisierte auch den Hypnotiseur verprügelte und an die Psychiatrische Klinik abgegeben werden mußte. Dort war er am anderen Tage wieder klar; es bestand Amnesie, die durch neuerliche Hypnose aufgehellt werden konnte."

Kurze Berichte über „hysterische Dämmerzustände" nach Laien- und Schauhypnosen erhielt ich von: Binswanger, Jena (mehrfach protrahierte Dämmerzustände, delirante Attacken), der auch bei einer Wärterin, die vielfach bei ärztlichen Experimenten als Versuchsperson gedient hat, einen schweren hypnotischen Insult mit Hemiplegie und Aphasie (Irrenpflegerin!) beobachtete. Boettiger (mehrere Fälle), darunter ein 19jähriges Mädchen mit halluzinatorischem Erregungszustand nach „spiritistisch-okkultistischen" Sitzungen, das eine Zeitlang in Friedrichsberg behandelt, halluzinierend entlassen und ambulant bis zur Genesung behandelt wurde. Hereditäre Momente waren nicht nachweisbar. L. Franck (einige Fälle), Gaupp (öfter gesehen), Haensel, Chemnitz, Mayer, München (mehrere Fälle), Krause, Dortmund (vier Fälle), Mainzer (mehrfach), Ollendorf (mehrfach), A. Pick, [62]) Weise, Iserlohn (zwei Fälle).

Seltener werden zwanghafte Symptome beobachtet, so von Binswanger und Kramer, Bubenč, je ein Fall. Die schon erwähnte „Hypnosenangst" gehört zum Teil

---

[61]) Sitzungsbericht der Gesellschaft der Ärzte, Dez. 1920. Wien. klin. Wochenschr.

[62]) S. Reinhold, Polyglotte Halluzinationen. Monatsschr. f. Psychiatrie 1921.

hierher, wie ich aus eigenen Beobachtungen ersehen kann. Haensel, Chemnitz, hatte einen jungen, vorübergehend in Chemnitz anwesenden Kaufmann zu behandeln, der nach einer Schauhypnose in Greifswald den Gedanken nicht los werden konnte, noch in Hypnose zu sein und einmal in der Sprechstunde erschien, um sich „richtig wecken" zu lassen.

Eingehen hypnotischer Motive in Prozeßpsychosen und Wahnerkrankungen bedarf nicht in jedem Falle näherer Erwähnung (L. Franck, Gaupp, Kramer, Bubenč, Teklenburg, L. W. Weber), doch können Laienhypnosen „äußerer Anlaß" zu paranoiden Zuständen bei Schizophrenen sein, wie Gaupp formuliert. „Es handelte sich um Personen, bei denen schon ein latenter schizophrener Zustand bestand, der durch die starke psychische Einwirkung manifest wurde", meint L. Franck. Ollendorf sah bei einer Patientin, die vor etwa sechs Monaten mit dem Telephonstrom in Berührung kam und durch eine „psychotraumatische Neurose" dienstunfähig wurde, einen akuten, stark erotisch gefärbten Erregungszustand auftreten (Dementia praecox?), in dem sie dauernd die Namen zweier bekannter Berliner Hypnotiseure nannte, sie „schlief und schlief auch wieder nicht" und verlangte hypnotische Befreiung. Die Patientin hatte sich vor einiger Zeit von den angegebenen Herren hypnotisieren lassen.

Zur Beurteilung solcher Fälle sind naturgemäß noch mehr Einzelheiten erforderlich. Rein „hysterische", posthypnotische Bewußtseinsstörungen reagieren zunächst meist gut und dauernd auf sachgemäße hypnotische Behandlung.

Näheres über einen entsprechenden Fall verdanke ich z. B. C. Mayer, Innsbruck. „Es handelte sich um eine damals 31 jährige Patientin, die seit früher Jugend mannigfache konstitutionell-neurotische Züge dargeboten hatte. Die Patientin war von einem neurologisch nicht geschulten Arzt in Hypnose versetzt worden, wobei ihr die verschiedensten sonst bei hypnotischen Schaustellungen üblichen Suggestionen (darunter auch die, daß sie sich auf einer Tanzunterhaltung befinde, Musik höre; ein Kissen, das ihr auf den Arm gelegt wurde, ein Kind sei), erteilt worden waren. Ich sah die Kranke

am Morgen des 8. März, am Abend vorher waren von jenem Arzte die oben erwähnten hypnotischen Experimente mit ihr vorgenommen worden. Über das Verhalten der Patientin während der dieser Hypnose unmittelbar folgenden Nacht ist mir leider nichts bekannt, ich weiß nur, daß die Kranke am Morgen durchaus das Bild eines posthypnotischen Dämmerzustandes darbot, daß sie ein Kissen fest in den Armen hielt, das sie wie ein Kind wiegte, daß sie behauptete, Musik zu hören, im Stadtsaal zu sein und dementsprechend im Zimmer umhertanzte. Aus diesem Dämmerzustand konnte sie mit Leichtigkeit (sie wurde zunächst in Schlaf versetzt und aus diesem in der üblichen Weise geweckt) herausgebracht werden. Weitere Folgen hatte der Vorfall für den Gesundheitszustand nicht."

Ferner gehören hierher zwei Beobachtungen von N o n n e : „Ein junges Mädchen, das Verkäuferin in einem Laden war, wurde von einem Jüngling, der „des Interesses halber" sich mit Hypnotisieren beschäftigte, im Laden durch Anstarren in Hypnose versetzt und erhielt dann den Auftrag, sich abends mit ihm zu treffen. Da die Erinnerung ihr nicht abhanden gekommen war, berichtete sie ihrem Vater davon, der den Jüngling zur Anzeige brachte; das Mädchen selbst war in den nächsten drei Wochen „wie verstört": innere Unruhe, Angst, Störungen des Schlafes, traumhaftes Benehmen. Es wurde mir dann in die Sprechstunde gebracht und wurde von mir zunächst in eine echte tiefe Hypnose gebracht und dann lege artis aufgeweckt. Sie war von da an wieder gesund und hatte an das Vorhergehende nur eine traumhafte Erinnerung. Der Jüngling wurde, nachdem ich als Sachverständiger vor Gericht zugezogen wurde, zu einer Strafe verurteilt.

In einem zweiten Falle war die Geliebte eines hiesigen Gastwirtes von einer Besucherin der Gastwirtschaft ebenfalls in hypnotischen Zustand durch Anstarren gebracht worden. Sie wurde dann dazu veranlaßt, den Mann, „der sich immer noch weigere, sie zu heiraten", umzubringen, sei es durch Erwürgen, sei es durch Gift in einer Weinflasche. Die Patientin geriet in einen erregten Verwirrungszustand mit wahnhaften Ideen. In Eppendorf war sie nach Isolierung von 24 Stunden wieder normal. Es gelang leicht, sie in Lethargie- und Kata-

lepsie zu versetzen, doch gelang es nicht, aus ihr während der Hypnose Geständnisse herauszubringen. Sie verließ objektiv und subjektiv normal das Krankenhaus."

Seige, Liebenstein, der ebenso wie Krause, Dortmund, nach Schauhypnosen Dauerkopfschmerzen verbunden mit Brechreiz und Schweißschwäche beobachtete, wodurch achttägige Behandlung nötig war, wurde zu einem 32jährigen schon vorher psychopathischen Lehrer gerufen, der nach derselben Schauhypnose, wo auch er als Medium diente, in einen mehrtägigen gehemmten Ganserzustand verfiel, in dem er die Stimme des Suggestors hörte und seine Augen sah; an den Ganser schloß sich längere Erregung an. — Beide Kranke zeigten so außerordentliche Hypnoseangst (L. Franck, Mayer, Würzburg), daß nur Wachpsychotherapie angewandt werden konnte.

Ein drittes Opfer derselben Veranstaltung, eine approbierte Apothekerin, bot längere Zeit ein so offenkundig verstörtes Wesen, daß die Patienten Anstoß nahmen, von der „verwirrten Person" Rezepte anzunehmen.

Ein reiner und vorbildich explorierter Fall ist der von E. Schultze[63]) mitgeteilte. Ein 22jähriges Mädchen (Vaters Mutter Melancholie, Vaters Schwester Suizid), normal entwickelt, körperlich gesund bis auf Anämie, von guter Intelligenz, mit viel Interessen, immer etwas pessimistisch, wenig selbstsicher, etwas geneigt zum Absonderlichen, wird von einem Laien als öffentliches Medium benutzt. In der Hypnose „Nervenzuckungen", Stirnreiben (Schmerz?). Durch Anpusten oder Aussprechen des Wortes „Alpha" geweckt.

Nach Schluß der Vorstellung zwanghaftes Drängen zum Suggestor, durch Gegensuggestion am zwanghaften Umkehren auf Heimweg gehindert, zu Hause Dämmerzustand. Von Suggestor nächtlich „geweckt", Schlafbefehl. Nächsten Tag Unruhe, Arbeitsstörung, Angst, „verfallenes, entstelltes Aussehen", interesselos, „abwesend". Tags darauf Konsultation, Fortdauer des veränderten Zustandes. Nach acht Tagen hypnotische Einschläferung und sachgemäße Desuggestionierung: Heilung. Schultze betont, daß nach seiner Ansicht Gesundheitsschädigungen durch Hyp-

[63]) l. c. 1919.

nose häufiger sind, als allgemein angenommen wird, und fügt noch vier weiteren Fällen in Anmerkung bei: „es liegt in der Natur der Sache, daß die durch die Hypnose gesetzten Schädigungen funktioneller Natur sein müssen".

Gerade mit Rücksicht auf diesen Punkt mögen hier vier Beobachtungen Platz finden, für die ich Gaupp, Pick und Mercklin zu Dank verbunden bin.

1. Gutachten: 30 jährige Kontoristin (Tübingen). Anamnese: Mutter und Schwester leichtgläubig, aufgeregt und zappelig. Gut gelernt. Heiter, leicht erregbar und befangen. Später gute Arbeiterin, versagte aber bei größeren Anstrengungen und starken psychischen Erlebnissen. Drei Jahre lang ausgesetzt wegen Blutarmut und allgemeinen nervösen Beschwerden. (!) Invalidenrentenantrag wegen allgemeiner Entkräftigung. Behandlung bei einem „Magnetopathen", „Mentalisten" in Stuttgart. Tiefer Eindruck, „glänzende Besserung". Sie hatte aber die Stimme des Magnetopathen immer „im Kopf", er gab ihr Befehle. Sie machte dazu allerlei Unsinn: nächtlichen Gang in die Kirche, Gebet auf dem Kirchhof, usw. und sprang halbbekleidet aus einem Fenster im Erdgeschoß.

Befund: (25. Juni bis 21. Juli 1914), hört immer Stimme des Magnetopathen. Sie glaubt, er habe Beruf aufgegeben und beschäftige sich immer nur mit ihr, wolle sie heiraten. Ein auf Veranlassung der Klinik geschriebener Brief, er könne nicht von ferne auf sie einwirken und er sei längst verheiratet, half nichts. Kranke ist mit Ausnahme dieser Ideen vollkommen geordnet und besonnen. Keinerlei Krankheitseinsicht, will keinesfalls invalidisiert werden. Körperlich: außer lebhaften Reflexen und Vasomotoren o. B. Gutachten: neuropathische Konstitution. Jetzt: induzierte halluzinatorische Wahnpsychose aus Suggestiveinwirkung auf psychopathische Persönlichkeit von infantiler Struktur und hypomanisch gefärbten Charakterzügen (zeitlicher und inhaltlicher Zusammenfall, erotisch-religiöse Ekstase).

Mehr als ein Drittel arbeitsfähig und eines Heilverfahrens oder einer Rente nicht bedürftig.

Nachgutachten September 1920: mehrere Jahre

ohne Unterbrechung gearbeitet, jetzt gereizt, mehr und mehr schizophren, Depressionen. Will wie Luther die Welt erneuern, ist die Jungfrau von Orleans. Dauernd Fernbeziehungen zu Jugendgeliebten, dem Magnetopathen und ihrem früheren Prinzipal, an denen sie gegen ihr Herz gesündigt hat. Aber immer noch gutmütig. Jetzt natürlich unter ein Drittel erwerbsfähig; kommt überhaupt für die Arbeit nicht mehr in Frage. Schizophrenie, aber bei der vorläufigen Gutartigkeit keine Anstaltsbehandlung erforderlich.

2. Ein weiterer Fall (Tübingen) einer russischen Künstlerin zeigt individualpsychologisch außerordentlich interessante Aufnahmen hypnotischer Motive (schreckhaftes Sehen von Auge und Hand eines Laienhypnotiseurs), eine komplizierte, vielseitige, degenerative Psychose von Dämmercharakter, die in Heilung ausging. Auch hier war die Kranke gleich nach der nur schwer gelungenen Hypnose blaß und verstört. Schizophrene Grundlage wahrscheinlich.

Eine weitere ähnliche Beobachtung stellte Dr. Reinhold aus der Klinik von Pick zur Verfügung.

3. Ein 25jähriges Dienstmädchen aus Böhmen wurde am 11. August 1919 mit folgendem Zeugnis der Klinik zugewiesen:

„Die Patientin leidet nach einer Hypnose an Schlafzuständen, in denen sie sich gefährlich werden könnte, und bedarf der Aufnahme in eine geschlossene Anstalt." Der sie begleitende Vater gab an, daß sie am 27. und 28. Juli in einer öffentlichen hypnotischen Vorstellung hypnotisiert wurde. Sie blieb die nächsten acht Tage unauffällig, erzählte nur viel von der Séance, erinnerte sich daran, daß ihr suggeriert wurde, sie sei eine Lehrerin und unterrichte die Kinder in der Schule. Am 3. August war Patientin zufällig am Bahnhof, als der genannte Hypnotiseur von der Polizei eingebracht wurde. Als sie ihn erblickte, geriet sie sofort in einen tiefen Schlafzustand, in dem sie auf die Polizei gebracht wurde. Dort gelang es, sie halbwegs zur Besinnung zu bringen. Sie wurde nach Hause entlassen, war aber seither schwer somnolent, verfiel, wenn sie sich selbst überlassen wurde, sofort in einen tiefen Schlaf. Wurde sie geweckt, so verfiel sie in den ihr seinerzeit aufgetragenen Zustand, vermeinte sich in der Schule, unterrichtete imaginierte Kinder, hielt Vorträge, führte mit ihren Schülern

Gespräche. Wurde sie von ihren Angehörigen daran gehindert oder wurde ein Versuch gemacht, ihr das auszureden, so verfiel sie sofort wieder in Schlaf. Hier und da sprach sie aus dem Schlaf vom Hypnotisieren, sagte, er müsse ihr „das" lösen, er müsse sie befreien, klagte über Parästhesien in den Händen und Beinen. Sie war unzugänglich, mußte gefüttert werden, besorgte sich aber sonst selbst (ging selbst aufs Klosett u. a.). Patientin soll früher immer gesund gewesen sein, sie war allerdings immer etwas fahrig, unbeständig in ihrem Wesen, jähzornig, übelnehmerisch, wurde immer gleich beleidigt und verletzt, war aber sonst verträglich, im Dienst verläßlich, hatte immer längere Dienstposten; im letzten ist sie schon zwei Jahre. Zwei Geschwister sind gesund, zwei an unbekannten Krankheiten gestorben. Die Mutter klagt oft über Kopfschmerzen, sonst sind die Eltern gesund. In der ganzen Verwandtschaft nichts Belastendes.

Von Interesse dürfte folgender, zwei Tage vor der Einbringung der Patientin in die Klinik in einer tschechischen Zeitschrift erschienener Artikel sein:

Horymir, 9. August 1919. **Hypnotismus, Suggestion und Telepathie.** In letzter Zeit häuften sich in unserer Republik eine ganze Reihe von Leuten, die in den Städten herumreisen und Produktionen aus dem Fache des Hypnotismus, Suggestion, Telepathie und Gott weiß was für okkultistischer Wissenschaften ausüben, wobei allerdings die Hauptrolle immer ein Anlauf auf die Tasche des Publikums spielt. Früher waren solche Produktionen verboten, heute wird deren Durchführung gestattet, obzwar, wie aus zahlreichen Fällen schon konstatiert wurde, solche Produktionen bei verschiedenen Personen, die sich als Medien benützen ließen, Nervenstörungen zurückließen.

Unsere Stadt wurde auch mit zwei solchen Virtuosen aus diesem Fach beglückt. Zuerst produzierte sich ein gewisser „Meister" Chandoni, dem zwei Vorstellungen 2400 K. eintrugen, dann kam ein zweiter „Meister" Sataneli-Poprovsky, der keinen solchen finanziellen Erfolg mehr hatte, denn drei solcher Vorstellungen trugen ihm bloß 1492 K. ein. Dem letzteren geschah aber ein Malheur. Eines der Medien, eine Näherin, blieb noch zwei Tage nach der Produktion im hypnotischen Halbschlaf, aus dem nicht einmal die herbeigerufenen Ärzte sie wecken konnten. Deswegen forschte die Polizei nach dem Meister Poprovsky, den ein Detektiv in seiner Wohnung in Prag II, Taborgasse 54, verhaftete, von wo er vergangenen Sonntag nach Pribram in die Wohnung der Kranken gebracht wurde, die inzwischen jedoch, dank der ärztlichen Hilfe der Ärzte

Dr. Recht und Bezirksarzt Dr. Riha, zum Bewußtsein gebracht wurde. P. wurde dann auf die Polizeistube gebracht, wo der Polizeikommissär Podlene ein Protokoll mit ihm aufnahm, und wurde noch bis zum nächsten Tage im städt. Gefangenhaus behalten.

Bei der Ankunft des Poprovsky nach Pribram ereignete sich noch ein zweiter interessanter Fall. Sein zweites Medium weilte gerade am Bahnhof, und als sie ihn erblickte verfiel sie abermals in Bewußtlosigkeit und verfolgte ihn bis auf die Polizeistube, wo sich Poprovsky bemühte, sie wieder in den vorherigen Zustand zu bringen, aber scheinbar mit geringem Erfolg, denn am nächsten Tage, als die Zeugen auf der Wachstube einvernommen wurden, befand sie sich beständig in hypnotischem Zustande, obzwar sich P. immerzu bemühte, sie in einen normalen Zustand zurückzubringen.

P. steht in Untersuchung wegen des Verbrechens der versuchten Entführung der Ersterwähnten. Dieselbe bekam aus Kolin eine Ansichtskarte, unterschrieben mit Sataneli-Poprovsky, in welcher sie aufgefordert wird, sich bestimmt am Wilsonbahnhof in Prag einzufinden, da sie P. als Medium zu einer Produktion benötige. Bei seiner Einvernahme auf der Polizeiwachstube erwies P., daß er die Karte nicht absandte, daß er nicht in Kolin war und daß es sich wahrscheinlich um einen Konkurrenzzug des hiesigen Franz Hoffmann handle, der sich mit ähnlichen Produktionen befasse und der nach seiner Meinung auf die Kranke durch die sogenannte Postsuggestion wirkte. Deswegen wurde auch Franz Hoffmann auf die Polizeiwachstube behufs Verhöres vorgeführt. Bei der Einvernahme beider auf der Polizeiwachstube am Montag d. W. wurde durch Zeugenaussage tatsächlich der Verdacht auf Franz Hoffmann gelenkt, daß er nach der Produktion des P. auf dessen erstes Medium wirkte, mit der er bereits zweimal zusammenkam. Infolgedessen wurde auch Franz Hoffmann vom Polizeikommissar als verhaftet erklärt. Beide „Meister" wurden dann dem hiesigen Bezirksgericht in Haft übergeben und die Strafanzeige erstattet.

Poprovsky, recte Artur Popper, geboren in Skuc, ledig, Israelit, von Beruf Schauspieler, wurde bereits wegen Übertretung nach §§ 522 und 464 StG. gestraft, bekannte, daß er die experimentellen Vorstellungen aus dem Fache der Hypnose und Suggestion veranstaltete, daß er jedoch keine allgemeine Bewilligung zur Durchführung solcher Produktionen hat und Versuche aus dem Fache der Wortsuggestion mit ihr durchführte. Bei der letzten Vorstellung rief jemand aus dem Publikum, daß die Ersterwähnte angeblich schlafe, deswegen weckte er sie und ging mit ihr gemeinsam mit zwei Wachleuten, in ihre Wohnung, wo er ihr noch befahl, sich abzuwaschen. Als er ging, war sie völlig normal. Er ersuchte aber trotzdem den Soldaten Kolt, der ihm bei der Vorstellung behilflich war, er möge ihm früh, bis er zum Zug gehe, sagen kommen, was mit ihr sei, und hinterließ seine Adresse, um ihm notfalls zu telegraphieren. K. kam vor Abgang des Zuges auf den Bahnhof und teilte ihm mit, daß sie gesund sei, daß sie nur ein wenig Kopfschmerzen habe, aber H.

habe ihr angeblich nur eine Suggestion gegeben. Betr. der Karte aus Kolin behauptet er, dieselbe nicht geschrieben zu haben, in Kolin sei er nicht gewesen und habe auch nicht die Absicht gehabt, die B. zu entführen. Im Hotel Buchar, wo er einlogirt war, meldete er sich als Poprovsky, dies ist sein Schauspielername. Betreffs des andern Falles, behauptete er, es sei Autosuggestion, es treffe ihn dabei keine Schuld. P. wurde gegen Versprechen in Freiheit gesetzt.

Der zweite „Meister", Franz Hoffmann, Handelsangestellter in Pribram, geb. 1892, katholisch, wohlverhalten, bekannte sich, daß er am 2. August eine Vorstellung veranstaltete, und zwar in Jince, am 3. August in Zdie mit amtlicher Erlaubnis, aber es sei nicht wahr, daß er die Versuchsperson entführen wollte und sie dadurch an der Freiheit behindern wollte, daß er ihr sagte, wenn sie sich von P. werde hypnotisieren lassen, sie niemals erwachen werde und die Epilepsie (!) bekomme, und falls er etwas derartiges sagte, so habe er es nur im Scherz gesagt. Hoffmann wurde einstweilen in Untersuchungshaft belassen, da der Verdacht besteht, er könne auf die Zeugen einwirken. Nach Beendigung der Untersuchung werden wir nicht unterlassen, von deren Resultat Bericht zu erstatten.

Bei der Einbringung hatte das Gesicht der Patientin einen eigentümlichen unklaren Ausdruck. Sie sah wie schlaftrunken aus, schloß immer wieder die Augen und versank, ihre Umgebung nicht achtend, in eine schlafähnliche Benommenheit, erwachte aber sofort auf Anruf, zeigte dabei ein schlaftrunkenes Gesicht, blickte wirr um sich. Sie nannte ihren Namen weinerlich, in wehleidigem Tone, wobei aber nur der Zuname richtig angegeben wurde. Statt des Vornamens figurierte ein Kosename, der mit ihrem Vornamen keine Ähnlichkeit hat und etwa „Blume" bedeutet („Kvetuse"). Sie spricht in getragen tragisch klingendem Tone mit theatralischer Gestikulation, erzählt vom Hypnotiseur Poprovsky, der sie „Kvetuse" getauft hat. Ihren wahren Namen hat sie vergessen. Sie hat immerfort das Gesicht des Hypnotiseurs vor sich. Es gelingt für Augenblicke, sich mit ihr in Rapport zu setzen, doch versinkt sie bald wieder in ein eigentümliches Hinbrüten.

Bei der Frühvisite am 12. August freier, zugänglicher, doch immer noch schlafsüchtig, verfällt auch tatsächlich immer von neuem in ihr Dahinträumen. Antwortet lebhaft, aber doch noch immer ängstlich, weinerlich, wobei ihr Ausdruck Verwirrtheit und Furcht zeigt, glaubt, unter dem Einfluß P.s zu stehen, ist überzeugt, daß sie, wenn sie ihm auf der Gasse begegnet, alles tun müsse, was er verlangt. Er gab ihr den

Auftrag, zu unterrichten, sie solle über die Ursprünge der Czechoslovakischen Republik vortragen, sie habe das aber doch nie gelernt, scheint ganz betroffen, daß sie dem Auftrag nicht werde nachkommen können. Beharrt weiter dabei, Kvetuse zu heißen.

Es gelang leicht, sie zu hypnotisieren, doch bleibt der Versuch zuerst ohne wesentlichen Erfolg. Am nächsten Tage aber ist sie wesentlich freier, fühlt sich wohler, klagt nicht mehr über die eigentümlichen Gefühle in den Händen und Füßen, ist auch dem sie besuchenden Vater gegenüber geordnet, nennt ihren Namen richtig. In den folgenden Tagen schreitet die Besserung rasch vorwärts. Sie hat nicht mehr das Bedürfnis, einzuschlafen, erinnert sich an alles, meint aber, sie fühle noch immer den Zwang in sich, einen Vortrag zu halten oder dem Präsidenten Masaryk einen Brief zu schreiben, weiß, daß es ihr in der Hypnose aufgetragen wurde. Den Auftrag, die sich ihr aufdrängenden Gedanken niederzuschreiben, vollzieht sie prompt. Hier die Übersetzung des überreichten Blattes, das einen Vortrag an ihre Schülerinnen darstellt:

Liebe Schülerinnen! Bewahret vollkommene Ruhe, und ich werde Euch von der Entstehung unserer Republik erzählen. Unsere czechoslovakische Republik entstand durch Hypnotismus. Die Leute bilden sich ein, der Hypnotismus werde verboten werden. Der Hypnotismus wird verbreitet werden. Durch denselben kommen viele Geheimnisse und Diebstähle an das Tageslicht. Unsere c. s. R. ist mit einem starken Zaun umgeben, wer in diesen Garten kommen will, kann nicht über den Zaun, muß durch den Haupteingang, d. h. Prag. Dieser Garten hat schöne freie Wege, aber verschiedene Beete, die vom Gärtner gepflegt und veredelt werden müssen. Deswegen müssen wir arbeiten, damit diese Beete in Ordnung sind, d. h. diese Beete sind Ämter. Die Leute glauben, die Republik sei ein freier Staat, daß jeder tun kann, was er will, daß keine Ämter sein müssen, das wäre arg für die Republik. Die Leute glauben, daß körperliche Arbeit eine schwere Arbeit sei, aber mit dem Kopf zu arbeiten, ist viel schwerer und für uns. Republik vorteilhafter. Unser Herr Präsident Masaryk hat nur mit dem Kopf gearbeitet und sein Werk verrichtet, das mit den Händen nicht zu bewerkstelligen wäre. Herr Präsident Masaryk versteht den Hypnotismus.

Am 19. August wurde Patientin geheilt entlassen. Schon am 25. August wurde sie auf der Straße aufgegriffen, als sie einen Passanten bat, sie zum Präsidenten zu führen, bei dem sie sich über den Hypnotismus beschweren wolle. Auf der

Polizeistube geriet sie in einen, wie es im Zeugnis heißt, sonderbaren Zustand, beugt sich nieder, als wolle sie schlafen, und legt sich aufs Bett. In der Klinik war diesmal ihr Verhalten etwas vom früheren verschieden. Sie war die ganze Nacht unruhig, sprach gegen Morgen laut, sagte, es sei ein Gott im Himmel, der alles leite, und sie handle danach, betete beständig: „Gerechter Gott, gerechter Gott." Bei einer der nächsten Visiten brach Patientin plötzlich in Tränen aus, jammerte, meinte, sie sei kein Narr, daß man sie hergegeben habe, erzählte in weitschweifiger Weise, wie sie am Morgen vor der zweiten Einbringung in die Stadt ging, um Milch zu kaufen, wie ihr plötzlich der Präsident eingefallen sei. Spricht dabei das Wort Präsident immer mit leiser Stimme, gedehnt und wie mit Andacht aus. Die Notizen über den diesmaligen Aufenthalt sind spärlich. Es scheinen leichte Beziehungsideen bestanden zu haben. Die Schlafsucht war nicht so ausgesprochen wie das erstemal, es bestand im Gegenteil eine gewisse Erregung, weinerlich-ängstliche Stimmung, die zeitweise mit Zuständen von Versunkenheit und Versonnenheit abwechselte. Am 21. September 1919 wurde sie über Wunsch des Vaters als gebessert entlassen, kam jedoch am 7. Oktober wieder. Diesmal war sie ganz klar, erzählte zusammenhängend, daß sie nach der Entlassung in den Dienst getreten sei, wo sie acht Tage verblieb, sie sei aber dort in einen derartigen Zustand gekommen, daß sie sich nicht beherrschen konnte. Sie sei entweder sehr lustig oder sehr traurig gewesen. In alles, was sie spreche, mischen sich Stimmen herein, die ihr Verschiedenes zurufen. Auch hier in der Klinik sei dies der Fall. Sie habe das Gefühl, daß sie unter dem Einfluß der Wärterin stehe, dann wieder glaubt sie, daß sie mit ihren Gedanken in den Gang der Dinge eingreifen könne. So denke sie z. B. an eine bestimmt in der Klinik befindliche Person, und in dem Moment tritt sie ins Zimmer herein. Wie nachträglich zu erfahren ist, hat die Stimme schon unmittelbar nach der Hypnose begonnen, sie zu belästigen. Der mehrmals von einem Arzt unternommene Versuch, ihr die Stimme „wegzunehmen", sei mißlungen; sie hörte, wie man ihr zuruft: „Passen Sie auf, auf die Stimmen dieser Herren," oder: „Nimm das Tintenfaß und wirf es auf den Herrn" u. a. Sie glaubt, daß man ihre

Gedanken übertrage, daß die Leute ihre Gedanken kennen. Die Gehörshalluzinationen beherrschen in der Folge das Krankheitsbild. Sie mischen sich in alles, was sie spricht, ein. Patientin flüstert immer leise vor sich hin. Die „Gedanken und Stimmen" lassen sie nicht schlafen. An der Realität der Stimme hält sie fest, sie sei in den Händen eines Stärkeren als sie, sie fühle sich hier beobachtet, die Stimmen sagen ihr alles, was in ihr vorgehe. Die Stimmen sind entsprechend ihrer Muttersprache czechisch, nur einmal in der Vorlesung halluziniert sie deutsch, augenscheinlich infolge der durch den deutschen Vortrag erfolgten Einstellung auf die deutsche Sprache (siehe Reinhold, Polyglotte Halluzinationen, Monatsschr. f. Neur. u. Psych. 1921). Zu ausgesprochener Wahnbildung kommt es nicht. Auch der zeitweise geäußerte Beziehungswahn verblaßt mit der Zeit, die Halluzinationen verlieren sich. Am 23. Dezember wird Patientin gebessert in ihre Heimat entlassen. Über ihr weiteres Schicksal konnte nichts in Erfahrung gebracht werden, doch muß mit Rücksicht darauf, daß sie bis jetzt nicht wieder eingebracht wurde, angenommen werden, daß sie geheilt ist."

4. Eine vierte Beobachtung aus der Anstalt Treptow a. d. Rega (San.-Rat Mercklin). 28jährige Stütze. Anamnese: Vater nach Verstimmung angeblich Selbstmord. Eine Schwester nach „aufgehobener Verlobung" psychotisch in Anstalt. (Tod). Kaufmannstochter, Eltern früh tot. Sehr tüchtig in Wirtschaft. 1911 mit Inspektor verlobt, der im Ausland. Reger Briefwechsel. 1913 zurück, er gelöst. Wahrscheinlich Selbstmordversuch (Lysol?). Keine Halluzinationen. Sehr deprimiert. Nach einem Vierteljahr besser, aber verschlossen geblieben, vorher lebenslustig, arbeitsfähig. Sonst nichts Auffälliges. Tatbestand: 2. November 1919 erste Schauhypnose, wollte widerstreben. 5. November zweite Schauhypnose. Wider Willen hingelaufen (10 km über Land im Regen). In der zweiten Sitzung: Unruhig, Gehhemmungen, Haltungen. 7. November dritte Schauhypnose. Wider Willen hingelaufen! Deklamierte in Hypnose, bot suggerierte negative Halluzinationen, sang. Glaubt, der B. habe etwas Betäubendes in der Hand. Der B. sagte, der Einfluß dauere zwei Jahre (!) und weckte mit einem Verschen: „Eins, zwei, drei, alles frei."

Ängstlicher Erregungszustand, unklare Erinnerung. Fiel Hausgenossen als verstört auf, war aggressiv, unklare Verfolgungsideen. 13. November in Anstalt: gehemmt oder triebartig unruhig. 18. November klarer. 21. November: orientiert sich durch Fragen, ängstlich, glaubt, zu Hause seien alle umgebracht. 22. bis 24. November: orientiert, fast normale Rücksprache.

Erstdiagnose: Hysterischer Dämmerzustand. Zwangsirresein.

Gutachten: Verschuldung bejaht.

Nachgutachten. 11. März 1921: Mutazistisch, Haltungen. Eine Ursache: Veranlagung, letzte auslösende Ursache: hypnotische Experimente. Spannungsirresein.

Einzelheiten: Schrie vor Internierung „Berner" (Namen des Hypnotiseurs); sie müsse sterben, müsse Dienstherrschaft schützen, B. wird alles vergiften. 13. Nov. Aufnahme: gesperrt, sträubt sich, im Bade gewalttätig, negativistisches Flüstern. 17. Nov.: mutistisch, Interesse leidlich. 18. November: flüstert. Örtlich orientiert. Nicht kataton. 22. November: Wahn, daß die Leute zu Hause tot seien, erfreut, als Herrschaft kommt. 22. November: heiter, sagt: „es war alles Quatsch". Zwischen Hypnose und Abend viel an Berner gedacht. Fürchtet sexuelles Attentat. Anfang Dezember flott gearbeitet. 9. Dezember: Entlassung erwogen, dann verstört, gesperrt. 1920: muß gewaschen werden. Akrozyanose. Hausurlaub. 25. März: muß angezogen werden. 20. April: gesperrt, gegen Revers entlassen. Aus einem Brief der Kranken vom 1. Dezember: Trotzdem ich viel nachgedacht habe, kann ich keine Ordnung in den Wirrwarr bringen. Das Denken ging erst acht Tage überhaupt sehr langsam, und wenn wir draußen aus dem Saale waren, hatte ich ein „Gefühl, als führ' der Wind gleich ins Gehirn", „ich kam mir totsterbenskrank vor".

L. W. Weber sah im Anschluß an hypnotische Experimente in einem von einem Bäckermeister (!) geleiteten „Verein für psychische Naturwissenschaften" den zweiten Schub einer Dementia praecox auftreten.

Die Begutachtung solcher Zusammenhänge hat verschiedene Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Ein Fall aus der Jenaer Klinik wurde kurz von H. Berger

vorbegutachtet; auf Antrag des Beklagten (!) wurde außer dem ausführlichen Gutachten des Abteilungsarztes Dr. W. Jacobi ein Gutachten von mir eingeholt.

Hier war bei einem 20 jährigen Mädchen nach mehreren Schauhypnosen durch einen in München zum „Experimental-Psychologen" ausgebildeten Spengler, die schon im Lokal zu Schreikrämpfen und zunehmender Erregung führten, ein hysterischer Dämmerzustand erotisch-deliranter Färbung von sechs Monaten Dauer aufgetreten. Bei der Entlassung und in den Briefen nachher traten noch stark pathologische Züge hervor (!). Bemerkenswert ist mit Rücksicht auf E. Schultzes Ansicht, daß Schädigungen der in Frage stehenden Art häufiger sind, als allgemein angenommen wird, daß zunächst die Angehörigen die vorausgegangenen Hypnosen verschwiegen! Schon bei der ersten Hypnose zeigte die Kranke eigenartige Erscheinungen; sie fiel zu Boden, so daß ein Oberlehrer aus dem Publikum den „Experimental-Psychologen" fragte, ob er gegen Haftpflicht versichert sei. Trotzdem bestimmte der Angeklagte die Kranke durch Freibilletts zu weiterem Kommen. Auch diese Patientin zeigte das Hindrängen zum Suggestor.

Das Gutachten nahm im Anschluß an die Vorgutachten Gesundheitsschädigung durch Schauexperimente, Fahrlässigkeit und Außerachtlassung pflichtmäßiger Aufmerksamkeit (Nichtbeachten auffälliger Krankheitserscheinungen, rohes Wecken) an. Mit Rücksicht darauf, daß der Angeklagte nicht vorbestraft war, erkannte das Landgericht Weimar am 6. Mai 1921 gegenüber dem Antrag des Anklagevertreters zu einem Jahr Gefängnis auf eine Geldstrafe.

Ganz entsprechend lautete das erste Gutachten aus Treptow, um so mehr, als sich die Krankheit zunehmend besserte; erst aus dem Verlaufe entstanden Zweifel, „ob nicht die Psychose der Kranken schon im Ausbruch war, als sie zum Hypnotisieren ging". Auch die Unterlassungssünde der Polizeiverwaltung, solche Vorstellungen überhaupt zu gestatten, und die Jugend des nicht vorbestraften Hypnotiseurs wurden berücksichtigt, der mit einer „ernsten Ermahnung" davonkam.

In einem von Haensel, Chemnitz, begutachteten Falle

zeigte eine 17jährige, von Nichtspezialisten schon vorher als „hysterisch" erkannte Stütze im Anschluß an eine erste Schauhypnose Arbeitsunfähigkeit, Angst, Halluzinationen des Magnetiseurs, Dämmerhandlungen, Aussetzen der Periode, zeitweise tobsüchtige Erregung. Trotz Gegensuggestion des Magnetiseurs schwanden die Störungen nur teilweis. Auch H. sieht in dem Heranziehen einer krankhaften Person eine Fahrlässigkeit, zumal die Kranke nach der ersten Hypnose bei dem Magnetiseur klagte. Der hier wirkende Hypnotiseur, ein junger Mensch von 21 Jahren, war gleichfalls in München von einem „Psychologen" „ausgebildet". Es erfolgte Verurteilung zu Geldstrafe.

Einen Einfluß des Experimentes auf das Auftreten des zweiten Praecox-Schubes lehnt L. W. Weber in seinem Falle ab. Von zahlreichen Einzel- und Gesamtgutachten berichtet Ollendorf.

Für das Eintreten einer Gesundheitsschädigung ist nicht notwendig, daß der Erkrankte als Medium benutzt wird. Die giftige Atmosphäre allein kann krankmachend wirken, wie neuere uns mitgeteilte Fälle „spiritistischer Psychosen" (Pick, Henneberg, Benecke, Wagner von Jauregg, Kramer, Boedecker) bestätigen. Mainzer sah bei einem 19jährigen Kapellmeister, dem die Geister großer Komponisten viel Schmeichelhaftes sagten, einen mehrmonatigen hysterisch-phantastisch-pseudologen Größenwahn auftreten (s. A. Henneberg l.c.).

Siebert, Pirna, stellte das Krankenblatt eines 17jährigen Mädchens zur Verfügung, das lediglich durch Besuch einer Vogelwiesenbude, in der das „selbsthypnotische" Phänomen „Moto Charlie" auftrat, an einem schweren Dämmerzustand erkrankte, indem sie dauernd das Medium halluzinierte; gute Fortschritte unter hypnotischer (abreagierender) Behandlung; nach zweieinhalb Monaten gebessert entlassen.

Die klinische Beurteilung der an Hypnose anschließenden Psychosen ist anfangs sehr schwierig. In einer großen Anzahl von Beobachtungen wurde von erfahrenen Klinikern zunächst eine rein posthypnotische bzw. hysterische Psychose angenommen, bis der weitere Verlauf eine schizo-

phrene Erkrankung deutlich werden ließ. Bleulers Hinweis darauf, daß in seinem Sinne „latente Schizophrene" von allen neuen Bewegungen besonders angezogen werden, ist in diesem Zusammenhang wesentlich; klinisch-psychologisch ist interessant, daß offenbar Schizophrene in gewissen Stadien besonders suggestibel sind, was dem sonst so schwer ansprechbaren Verhalten dieser Kranken eigentlich zu widersprechen scheint. Eine besondere Häufung echopraktischer oder befehlsautomatischer Erscheinungen im weiteren Verlauf ist in keinem der Berichtsfälle aufgefallen.

Bemerkenswert ist weiter, daß unter den mitgeteilten (etwa 30) Fällen keinerlei zirkuläre Psychosen stehen; meist wird nur die Differentialdiagnose Hysterie-Schizophrenie erörtert. In die erste Gruppe werden auch meist die Fälle gestellt, die, wie Henneberg betonte, im Sinne protrahierter Affektschwankungen (Ziehen, Bresowski) und der Eknoia (Ziehen) verlaufen. Henneberg möchte die echten „mediumistischen Psychosen" als Sondergruppen anerkannt wissen; er sah sie besonders im Anschluß an spiritistisch-automatische Phänome sich entwickeln, aus einer pathologischen Ergriffenheit hervorgehend und inhaltlich in den Wahnbildungen und Sinnestäuschungen von den Affektstößen bestimmt. Mit Abklingen des Affektes verschwanden auch „sehr rasch sämtliche Krankheitserscheinungen". Der exquisit günstige Verlauf dieser Bilder ist den rein „posthypnotischen Ausnahmezuständen sehr nahe, die besonders durch die spezifisch günstige Einwirkung der Hypnose charakterisiert sind." Forel[64]) hat diesen Punkt bei einer „postspiritistischen" Psychose gleichfalls betont. Jede pathologische Reaktion dieser Typengruppe lediglich dem hysterischen Reaktionstypus anzugliedern, möchten wir mit Henneberg als schematisch und der klaren Abgrenzung der hysterischen Reaktion nur nachteilig betrachten.

Klinisch scheint die Annahme berechtigt, daß im allgemeinen, je später nach hypnotischen Alterationen Zeichen psychischer Störungen, wenn auch noch so „psychogenen" Aussehens, auftreten, desto mehr der Verdacht auf eine beginnende ernste

[64]) Zeitschr. f. Hypnotismus Bd. 5.

Erkrankung berechtigt ist; auch die Erscheinungen einer solchen sind oft zuerst in gewissem Maße der Beeinflussung, besonders durch erneute Hypnose, zugängig. Die Prognose ist daher zurückhaltend zu stellen, wie besonders Fall 1 von Gaupp und die Mercklinsche Beobachtung zeigen.

Ein besonders schwieriger Punkt muß endlich am Schluß der Materialübersicht berührt werden: die bewußte Gesundheitsschädigung und die Beziehungen zur Kriminalistik. Erschütterungen der sozialen Existenz durch Hypnose sind Gesundheitsschädigungen mindestens sehr nahe zu stellen; es sei daher gestattet, einige hierher gehörende Materialien mitzuteilen. Henneberg teilte bereits früher (Charitè Annalen 23) einen halluzinatorisch-paranoidischen Zustand bei einem kriminellen Berufsmedium mit. Zu den erwähnten Fällen hypnotischer Verschleppung (?) (Simmonds, Schrenck-Notzing) gibt Levi-Suhl, aus der Berliner Jugendgerichtspraxis ein Analogon.

Ein 17 jähriges, etwas debiles Mädchen, dessen Vater wahrscheinlich Paralytiker ist, wird von seiner stark degenerativen Kusine in Berlin vielfach hypnotisiert, dann nach Magdeburg verschleppt und in einen Wanderzirkus gegeben. Hier entflieht sie nach einiger Zeit mit unklaren Erinnerungen und frischer Infectio venera. Es gelang, die Amnesie hypnotisch zu heben.

Benecke, Dresden, begutachtete einen psychopathischen Studenten, der nach vielen Laienhypnosen, auch mit kriminellen Suggestionen, in planloser Weise Diebstähle verübte. Das Gutachten nahm pathologische Zustände als möglich an.

Endlich stellt Kronfeld zwei Fälle zur Verfügung. Ich lasse seine Schilderung wörtlich folgen.

„Ich beobachte gerade in der Großstadt und in letzter Zeit nicht ganz selten, wie sich als Folge der Hypnose gerade auch bei Frauen der sogenannten guten Gesellschaft eine immer stärkere affektive Bindung an die Persönlichkeit des Laienhypnotiseurs einstellt, die von diesem nicht bloß sexuell, sondern auch materiell ausgenützt wird. Diese Frauen entgleisen gesellschaftlich und moralisch ihrem Pflichtenkreise und ihrer Häuslichkeit gegenüber auf die bedauerlichste Weise in einen

Zustand von Hörigkeit hinein, der sicher irgendwie sehr nahe mit dem mystischen Nimbus zu tun hat, mit dem diese Art Laienhypnotiseure sich ihren „Medien" gegenüber umgeben. Ich will nur zwei Fälle aus meiner Praxis kurz anführen, die ich allein im letzten halben Jahre gesehen habe. Herr X. Y., eine dieser hypnotisierenden Varietégrößen, wird von einem — sagen wir mal Kriegsgewinnler größeren Stils — zur „Behandlung" von dessen Frau hinzugezogen, die angeblich an dem jetzt so modernen Kokainismus litt. Herr X. Y. kommt, hypnotisiert die Frau, fängt ein Verhältnis mit ihr an, bezieht auch gleich die Hausdame in dieses Verhältnis mit ein. Eines Tages kommt der Ehemann von einer Geschäftsreise und findet seine früher prachtvoll eingerichtete Wohnung völlig leer und das Trifolium ausgeflogen. Es stellt sich heraus, daß Herr X. Y. einen Schein von seiner „Patientin" erhalten hatte, wonach er berechtigt sei, die gesamte Einrichtung zu verkaufen. Er hatte der Besitzerin, seiner Patientin, etwa den zehnten Teil des Wertes als angeblichen Erlös des Verkaufs vorgezeigt; später stellte sich heraus, daß er von den Abnehmern der Einrichtung sehr große Summen „Provision" erhalten hatte. Er hatte aber den Kaufbetrag nicht etwa abgeliefert, sondern war mit seinen beiden „Patientinnen", der Frau und der Hausdame, in ein Modebad gereist und hatte hier das Geld in wenigen Tagen verschwendet. Herr X. Y. sitzt zurzeit in Untersuchungshaft. Interessant ist für Ihre Rundfrage, daß die Frau seelisch niedergebrochen bei ihrer Mutter lebt, genau so „süchtig" ist, wie vor der „Behandlung", und ihrerseits erklärt, sie habe keine Ahnung von der Existenz eines Scheines, durch welchen sie Auftrag zum Möbelverkauf erteilt haben soll; sie habe dauernd unter dem hypnotischen Einfluß des Herrn X. Y. gehandelt. Auch die Hausdame erklärt ähnliches; was insbesondere das Zustandekommen der Verkaufsberechtigung anbelangt, so gibt sie an, Herr X. Y. habe sie während dieser Hypnose der Frau N. aus dem Zimmer geschickt und gesagt: „Du wirst jetzt nicht lauschen, denn was jetzt geschieht, geht Dich nichts an."

Ich kam zu dieser Angelegenheit anläßlich der knifflichen Frage der Ehescheidung; die Frau behauptet natürlich, in Hypnose, also nicht schuldhaft, gehandelt zu haben, sowohl

bezüglich ihres Ehebruches als auch jenes Verkaufsauftrages. Ich lehnte eine Begutachtung ab; sie war auch nicht nötig, da der Herr Kriegsgewinnler selbst ein stattliches Konto an Ehebrüchen aufzuweisen hatte. Juste milieu!

Ein ähnlicher Fall, bloß ohne die kriminelle Seite, an welcher Herr X. Y. faßbar wurde, war vor wenigen Wochen bei mir: die Gattin eines Majors, die ihm durch einen Hypnotiseur entfremdet wurde; unter vier Augen gestand sie mir den Ehebruch zu, wobei sie immer wieder erklärte, sie liebe dennoch ihren Mann, aber sie könne von ihrem Hypnotiseur nicht lassen. Die unglückliche Frau befand sich in stärkstem seelischen Zwiespalt, und ich glaube, ohne die Hypnose wäre sie, obwohl von Hause aus labil, nicht in diesen Zwiespalt hineingeraten. Eine Aufklärung des Ehegatten verbot sich aus § 300 StGB."

Über Verführung und gonorrhoische Infektion einer 16-jährigen durch einen Laienhypnotiseur berichtet Bunnemann. Das Opfer folgte dem Suggestor an einen anderen Ort, nachdem es durch Verkauf seines abgeschnittenen Kopfhaares das Reisegeld erlöst hatte.

Den traurigen, vom Täter zugegebenen Fall eines Stuprums in Hypnose durch einen Arzt teilt Heyer mit.

Mein früherer Mitarbeiter E. B. Speer, Lindau, konnte bei einem jungen Mann, der für einen längeren Zeitraum amnestisch war und seinen Namen nicht wußte, hypnotisch den richtigen Namen feststellen, so daß die Angehörigen benachrichtigt werden konnten. In weiteren hypnotischen Sitzungen gab der Kranke an, von einer Verbrecherin hypnotisiert worden zu sein; leider gelang es nicht, diese Angaben sicherzustellen; der Kranke selbst war nicht kriminell.

Die Sammelrundfrage über Gesundheitsschädigungen nach Hypnose hat ein Material von 26 Allgemein- und Einzelschädigungen ergeben, mehr als 50 hysterische, etwa 30 schizophrene Psychosen. Fast das gesamte Material fällt den Laienschauhypnosen oder hypnotischen Laienzirkeln zur Last und gehört in die letzten drei Jahre.

Mit Schultze, Göttingen, darf bestimmt angenommen werden, daß hypnotische Gesundheitsschädigungen zurzeit noch

wesentlich häufiger sind. Auch eine möglichst sorgfältige und von so viel bereitwilliger Mitarbeit unterstützte Sammelrundfrage bleibt naturgemäß unvollkommen; in vielen Fällen aber wird der schädigende Einfluß der Hypnose dem später behandelnden Arzte unbekannt bleiben, wenn er nicht speziell daraufhin untersucht, da die Angehörigen, wie z. B. die Fälle Merklin, Jena, Simmonds zeigen, nur ungern mit dieser Angabe herausrücken. Die Übernahme „hypnotischer" Momente in eine Psychose ist selbstverständlich als Wahnbildung verschiedenster, besonders erklärender Art jedem Psychiater geläufig und verdient in der Mehrzahl der Fälle nur symptomatische Beachtung. Dieser berechtigte Standpunkt mag auch gelegentlich dazu führen, unklare Reden von „Hypnose" in einem Dämmerzustand nicht ernst zu nehmen, wo tatsächlich eine posthypnotische Alteration vorliegt, die vielleicht auf spezifische (hypnotische) Therapie reagieren würde.

Jedenfalls darf man zurzeit posthypnotische psychotische Erscheinungen als durchaus nicht allzu selten ansehen.

Daraus folgt u. E. unbedingt, daß in jedem Falle von „hysterischem Dämmerzustande" ein Versuch hypnotischer psychogenetischer Klärung und therapeutischer Beeinflussung notwendig ist. Er wird — was nicht direkt zum Thema gehört — auch in vielen Fällen anderer Auslösung erfolgreich sein und stellt bei posthypnotischen Störungen die spezifische Therapie dar, die zweckmäßig dann mit der gesamten Psychotherapie, besonders, wie auch mehrere Zuschriften der Rundfrage bestätigen, mit psychokathartischem Arbeiten verknüpft wird. Dasselbe gilt auch für die so vielfach beobachteten allgemeinen Störungen nach unsachgemäßer Hypnose (Kopfdruck, Schwindel, Angst, Zittern, Sprachstörungen usw.).

Voraussetzung für diese Forderung ist, daß psychotherapeutisches Arbeiten — mit kritischer Einschätzung der Methoden! — weit mehr Allgemeingut, mindestens der nervenärztlichen und psychiatrischen Arbeit wird; auch der medizinische Unterricht muß, wie Schultze, Göttingen, in Dresden bestätigte, mehr Wert auf Psychotherapie und medizinische Psychologie legen. Die Früchte der segensreichen Arbeit an den

Kriegsneurosen (Nonne, Kauffmann, Liebermeister, Kretschmer, Kehrer, Sauer usw.) dürfen hier für die Allgemeinheit nicht verloren gehen. An jeder psychiatrischen Anstalt muß ein Kollege vorhanden sein, der die moderne universelle Psychotherapie gründlich beherrscht und möglichst dauernd poliklinisch betätigt.

Hier liegt, wie in Psychotherapeutenkreisen lange betont (Forel, Frank, Moll, Bernheim u. v. a.), die wichtigste Waffe gegen die traurigen Mißstände, von deren Folgen die Rede ist. Wie sehr die Dinge hier im Argen liegen, ist jedem sachverständigen Praktiker nur zu bekannt. Wenn in Ärztekreisen etwas mehr Verständnis für die Wichtigkeit dieser Fragen vorhanden wäre, dürften sich so skandalöse Vorgänge nicht ereignen, wie z. B. der folgende:

Ein Kreisarzt einer westdeutschen Stadt teilt mit, daß vier junge Mädchen nach hypnotischen Experimenten durch einen Sipomann in Dämmerzustand fielen, zwei so schwerer Art, daß die Kranken in das Krankenhaus überführt werden mußten. Der dortige ärztliche Leiter zog trotz lebhaften Protestes des Kreisarztes einen „magnetopathischen Kurpfuscher zu, der „in mehrstündiger schwerer Arbeit" die Kranken „heilte" und nun ärztlich autorisiert eine Riesenpressereklame in Gang setzte. Man kann es dem zuständigen Kreisarzte nicht verdenken, wenn er sich in bitterster Weise über diesen groben Mangel ärztlichen Verständnisses beklagt.

Daß das große Publikum unserer ärztefeindlichen Zeit gerade mit Laienhypnotiseuren und ihrem sensationellen Schautheater besonders sympathisiert, kann nicht wundernehmen. Daß aber, wie zuverlässige Berichte sagen und auch meine persönliche Erfahrung in Praxis und Gerichtsverhandlung zeigt. Ärzte sich zu Vorkämpfern solcher Wundermänner machen, müßte unmöglich sein. Der erwähnte Varietéhumorist, dessen „Rolle" als „Professor der Psychotherapie" übrigens nach Pressemitteilungen „auf Grund nicht einwandfreier Vorfälle" „ein unrühmliches Ende gefunden hat", erfuhr bei Ärzten Unterstützung, besonders bei einem Herrn, der sich in suggestiver Analgesie durch den großen Zauberer kariöse Zahnwurzeln entfernen ließ, wie ich aus sicherer Quelle erfahren habe.

K. Alt[65]) hat den ganzen „Fall" „Otto Schlesinger, selbstbenannt ‚Otto Otto' der neugeschaffene Braunschweiger Professor für Psychotherapie, auch ein Kennzeichen unserer kranken Zeit" lebendig dargestellt[66]) und durch Wiedergabe zahlreicher Schrift- und Druckstücke deutlich gemacht, wie S. es verstand, sich als von „ungewollter Reklame verfolgten Menschenfreund" in Szene zu setzen. Sehr bezeichnend ist die „Bestallung" des Humoristen als „Professor":

Staatsministerium
Abteilung für Volksbildung.

Braunschweig, den 9. Juni 1921.

An die Gesellschaft zur Förderung
psychischer Forschung
zu Händen des Herrn Notar W.

Nr. E 1801. Blankenburg a. H.

Wir haben zur Kenntnis genommen von Ihrer Absicht, in Blankenburg am Harz eine Schule für wissenschaftliche Psychotherapie zu eröffnen. Einwendungen dagegen werden nicht erhoben. Wir erwarten Einsendung des Lehrplans und der Satzung der Schule. Auch gegen die Berufung des Herrn Otto Schlesinger als Lehrer an der Schule werden Einwendungen nicht erhoben. Ihrem Wunsche stattgebend, genehmigen wir, daß Herr Otto Schlesinger, genannt Otto Otto, in Ausübung seines Lehrberufes die Bezeichnung Professor der Psychotherapie führt. gez.: Sepp Oerter.

Wem fällt da, sagt Alt, nicht die Geschichte ein, die zwar wahrscheinlich erfunden, aber darum nicht weniger reizvoll ist, daß seinerzeit einem um den Titel Baumeister einkommenden jungen Architekten leutselig von der damaligen Braunschweiger Kultusministerin zugerufen worden sein soll: „Bist de, bist de."

Aber neben der heiteren hat diese Angelegenheit ihre sehr ernste Seite. Es darf nicht sein, daß durch Nichtachtung einfacher, jedem praktisch psychologisch Gewandten und ausreichend Ge-

---

[65]) Ärztl. Nachr. f. d. Prov. Sachsen u. d. Land Anhalt I, 1921-22 Nr. 1 S. 30.

[66]) Einzeldruck bei Albert Rathke, Magdeburg, Breite Weg 269.

schulten verfügbarer Heilmethoden positive Leistungen Unqualifizierten überlassen werden.

Welch wichtige Positionen dadurch ärztlich unbesetzt bleiben, erhellt z. B. aus dem folgenden, den Tatsachen entsprechenden Dankschreiben, wo lediglich eine leichte Wachsuggestion genügte, um Residualsymptome einer (anscheinend zirkulären?) Depression abzustellen.[67])

Dank einer Familie.

Eine Glanzleistung hat der Magnetiseur X. dadurch vollbracht, daß er meine Frau und unsre Mutter von ihrer Schwermut und von Selbstmordgedanken durch Wachsuggestion befreit hat.

Meine Frau litt seit einigen Jahren an Schwermut; sie saß stundenlang auf einem Platz und weinte, wollte niemand um sich haben, ständig sah sie ihre Mutter als Geist, welcher ihr zurief, sie müsse sich das Leben nehmen und zu ihr kommen. Wie oft hatte sie die Absicht, die Tat auch auszuführen. Meine Kinder und Nachbarn haben sie mehrmals nur unter Gewalt und aller Aufbietung zurückhalten müssen. Musik und Gesang konnte sie gar nicht hören, da weinte sie ständig.

Was habe ich nicht alles angewandt und wie viel Geld ausgegeben, um Heilung zu erzielen, aber nirgends Hilfe bekommen. Auch war meine Frau 8 Wochen in der Irrenanstalt in Y., leider vergebens.

Da wurde mir der Magnetiseur X. von einer Frau, welche an Ischias litt und von Herrn X. wieder hergestellt wurde, empfohlen. Meine Frau wollte aber nicht, aber wir drangen darauf, daß sie zu ihm in die Sprechstunde ging. Herr X. schaute ihr nun mit seinem magnetischen Blick in die Augen, strich ihr einige Mal die Stirn und sagte zu ihr, sie würde wieder singen lernen, die Selbstmordgedanken werden verschwinden, auch würde sie wieder froh und heiter sein. Meine Frau war während der Behandlung bei vollem Bewußtsein.

Meine Frau fühlt sich wie neugeboren, sie möchte den ganzen Tag singen. Der Umgang mit Menschen stört sie nicht mehr, auch hat sie wieder Lust und Liebe zur Arbeit, und unsere Ehe ist wieder glücklich. Es kann mir kein Mensch nachfühlen, wie es mir zu Mute war, als meine Frau nach mehreren Jahren wieder das erste Mal sang, ich hätte vor Freude weinen mögen. Alle Leute wundern sich über meine Frau, ihr Blick ist frei und klar.

Unseren herzlichsten Dank. Herr Z. und Kinder.

Und ich schließe mich meinen Angehörigen von ganzem Herzen an. — Nochmals Dank. Martha Z.

Der Wahrheit gemäß und viele glaubwürdige Zeugen.

Gesehen: Gemeinde.

---

[67]) Chemnitzer Ztg. April 1921.

Ist es zu verwundern, wenn dann Schreiben, wie das beifolgende von Seige, Liebenstein, zur Verfügung gestellte, abgesandt werden?

Dresden, Datum des Poststempels.

Ew. Hochwohlgeboren!

Gestatte mir folgende ganz ergebene Anfrage. Der größte Teil der Ärzte steht der Suggestionstherapie fremd gegenüber, und wohl hauptsächlich deshalb, da denselben keinerlei Gelegenheit geboten ist, solche praktisch zu erlernen.

Ärzte, die Hypnose als nur vom Hörensagen oder aus Büchern ohne praktischen Unterricht kennen, halten sich meist schon für Psychotherapeuten, und wenn sie dann in der Praxis nichts als Mißerfolge ernten, so ist daran nicht die Hypnose schuld, vielmehr beweist es, daß sie eine Wissenschaft ist und bleibt, die man nur im praktischen Unterricht bei einem erfahrenen Fachlehrer erlernen kann.

Ich erteile seit 25 Jahren ausschließlich an Ärzte Spezialunterricht in Suggestion, Autosuggestion, Hypnose, Posthypnotische Aufträge, Magnetismus, Gedankenübertragung, Hellsehen usw. und alle Herren werden unter besonderer Berücksichtigung ihres Spezialfaches derart vollkommen praktisch ausgebildet, daß sie die Psychotherapie vollständig selbständig mit vollem Erfolg ausüben können.

Ich besitze durch meine praktischen Erfahrungen eine eigene kombinierte Heilmethode, welche bei allen Leiden mit Erfolg angewendet werden kann.

Ganz besonders eignet sich diese Heilmethode für Sanatorien usw. Ich beabsichtige zunächst für diesen Sommer keinen Unterricht zu erteilen und suche in einem Sanatorium usw. Assistentenstellung, wo ich die Suggestionstherapie einführen und meine Fähigkeiten verwenden kann.

Warme Empfehlungen von Sanatorien und Ärzten, die meine Schüler waren, zur Seite. Meine Ansprüche sind bescheiden.

Sollten Sie für eine derartige Kraft Verwendung haben, dann erbitte mir Ihre werte baldige Nachricht unter gleichzeitiger Angabe, welches Gehalt sie ev. zahlen würden. Antritt könnte bald erfolgen.

Hochachtungsvoll D. Ballani.

Solange das ärztliche psychotherapeutische Feld allgemein so unbebaut ist oder, wie es jetzt Mode zu werden beginnt, auch Tummelplatz für allerlei ärztliche Sonderlinge, Fantasten oder Dilettanten ist — von übleren Erscheinungen wie Litfaßsäulen- und Kabarettprogrammreklame zu schweigen, die ich in München beobachtete —, ist es nur zu begreiflich, daß das Publikum geschäfts- und reklametüchtigen Laiensuggestoren ausgeliefert ist. Krause, Dortmund, schreibt in Übereinstimmung mit meinen und zahlreichen [68]) Erfahrungen anderer:

[68]) Schrenck-Notzing, l. c., Forel, Frank, Moll.

„Von viel größerer Bedeutung erscheinen mir die Entstellungen und groben Übertreibungen, welche ich mehrfach in den Vorträgen dieser Schausteller vernahm. Die Herren versprachen Epilepsie ebenso zu heilen wie Ischias usw. Zu welchen unklaren Vorstellungen das führt, geht aus einer Unzahl von Anfragen hervor, mit denen das Publikum die Herren brieflich überschüttet hat. Aus etwa 80 Briefen, in die ich Einsicht nehmen konnte, geht hervor, daß die Zuhörer auf Grund der Vorträge Heilung bei Rückenmarkstumoren durch Hypnose ebenso erwarteten, wie die Beseitigung einer Geistesstörung, ja sogar die Beseitigung der Hundestaupe! Alles wurde in den Antwortschreiben seitens der Hypnotiseure prompt versprochen, auch davon sind mir die eklatantesten zu Gesicht gekommen."

Hoffen wir, daß eine kräftige und gesunde Welle ärztlich psychotherapeutischer direkter und aufklärender Arbeit — durch Vorträge, Volkshochschulkurse usw. — all diesen Unrat bald fortspült!

Weniger aussichtsreich, besonders bei dem Streit um die „Parität der Heilmethoden" in unserer Zeit, aber trotzdem dringend wünschenswert erscheint es, auf gesetzlichem Wege Abhilfe zu schaffen.

Wie Schrenck-Notzing (l. c.) neuerdings mitteilt — wegen älterer einschlägiger Arbeiten sei besonders auf die gründliche Erörterung in Molls Handbuch des Hypnotismus hingewiesen — sind in mehreren Staaten (Belgien, Italien, Schweizer Kantons, Österreich) Gesetze erlassen, die den gesundheitlichen Gefahren der Hypnose vorbeugen sollen.[69]) Es handelt sich meist um Verbote der Schauhypnose. In Preußen wurden die Polizeibehörden auf Grund gutachtlicher Äußerung der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, durch das Ministerium des Inneren am 17. Mai 1881 angewiesen, Schauhypnosen nicht zu gestatten; ein Erlaß, der am 2. Juli 1903 auf „ähnliche Methoden" (Magnetisieren, Suggerieren) ausgedehnt und 1919 und 1920 erneut in Erinnerung gerufen wurde. In Sachsen bestehen, wie mir Geheimrat

---

[69]) Die anschließenden speziell forensisch-psychiatrischen Fragen bedürfen hier nicht der Erwähnung.

Weber vom Landesgesundheitsamt mitteilt, Ministerialverordnungen vom 6. Oktober 1888 (Schauhypnosen: Nachteile, Gefahren, insbesondere erhebliche Gesundheitsschädigungen), vom 21. Dezember 1903 (Erweiterung auf verwandte Methoden), vom 17. August 1919 (Häufung der Vorfälle — Strafandrohung) und 16. November 1920 (Verbot öffentlicher Ankündigungen von Unterricht, in denen Vornahme von Versuchen solcher Art an Menschen angezeigt wird).

In dem Deutschen Verein für Psychiatrie wurde im Anschluß an den Vortragsbericht über die Sammelrundfrage eine Kommission zur Bearbeitung der Frage eines Reichsgesetzes vorgelegt; der Kommission liegt der folgende Entwurf vor, wie er ähnlich 1880 von Friedberg empfohlen und von Grasset und anderen vertreten wurde (Moll):

„Gesetzentwurf.

1. Die selbständige Anwendung von Hypnose und ähnlichen, zu Bewußtseinsumschaltungen führenden Beeinflussungen an Menschen — „magnetischer Schlaf", „naturelektrischer Schlaf", „experimentalpsychologische Versuche", „Suggestion" u. dgl. — ist nur ärztlich approbierten Personen gestattet. Nichtärzte dürfen solche Beeinflussung nur vornehmen, wenn nach ärztlicher Untersuchung der Versuchsperson ein Schaden nicht zu erwarten ist und die Versuche nervenärztlich überwacht werden.
2. Öffentliche hypnotische Schaustellungen unter einem der erwähnten oder ähnlichen Namen sind verboten."

„Begründung."

„Die Hypnotisierung stellt einen tiefen Eingriff in das Seelenleben dar, der nur bei völlig Gesunden und unter Berücksichtigung zahlreicher technischer Regeln gut vertragen wird. Wie bereits in früheren Gutachten des Medizinalkollegiums, zuletzt 1903, hervorgehoben wurde, wie ferner die übereinstimmende Erfahrung der Spezialärzte auf diesem Gebiete (Binswanger, Forel, Friedländer, Frank, Hilger, Hirschlaff, Loewenfeld, Mohr, Moll, Schrenck-Notzing, Trömner u. v. a.) und der bedeutendsten Nervenärzte lehrt, führt die technisch fehlerhafte Hypnose und die Hypnose an Ungeeigneten (Disponierten) häufig zu oft schweren Gesundheitsstörungen. Diese äußern sich als Kopfschmerzen, Benommenheit, Krampfanfälle, Lähmungen, Sprach-, Geh- und Sehstörungen, Schlaf- und Dämmerzustände; Geistesstörungen bis zu mehrjähriger Dauer sind nach Hypnosen beobachtet. Eine Hypnose herbeizuführen, erfordert keinerlei besondere Begabung („hypnotische Kraft"); es gelingt dies viel-

mehr bei einiger Übung sehr leicht. Wenn auch im allgemeinen nicht bei der Hypnose wie bei der Narkose, mit augenblicklicher Lebensgefahr zu rechnen ist — vereinzelte Todesfälle nach Hypnose sind beschrieben — so sind doch die Folgen falscher oder falsch angewendeter Hypnose so bedenklich, daß die Volksgesundheit gebieterisch Schutz verlangt."

„In Belgien (nach Schrenck-Notzing, Archiv für Kriminologie 72, 107) besteht folgende gesetzliche Regelung, die für die Strafbemessung von vergleichendem Wert sein könnte;

§ 1. Wer eine hypnotische Person zur Schau stellt, wird mit Gefänignis von 14 Tagen bis 6 Monaten und einer Geldstrafe von 20 bis 1000 frs. bestraft.

§ 2. Wer, ohne zur Heilkunde qualifiziert zu sein, eine Person unter 18 Jahren hypnotisiert, wird mit Gefängnis von vier Tagen bis einem Jahr und einer Geldstrafe von 20 bis 1000 frs. bestraft, selbst wenn die hypnotische Person nicht in Schaustellung benutzt wird.

§ 3. Bedroht die Suggestion von Unterschriften unter Dokumente (Vertrag, Testament, Engagement, Entlassung usw.) mit Zuchthaus.

Die Fassung von § 1 erscheint mit Rücksicht auf Berufsmedien, deren Tätigkeit überwiegend nur ihnen selbst Nachteile bringt, nicht glücklich (Tanzmedien, Malmedien usw.)."

„Gesundheitliche Schädigungen nach Hypnose besonders nach der „Wachsuggestion" benannten Art von Schaustellung sind in den letzten Jahren überaus häufig, so daß eine Sammelrundfrage 1921, deren Resultate dem Deutschen Verein für Psychiatrie, Dresden, vorgetragen wurden, über 100 Fälle ergab. Unser durch den Krieg und seine Folgen in seiner Gesundheit schwer erschüttertes Volk bedarf darum mehr als je reichsgesetzlichen und behördlich straff durchgeführten Schutzes gegen diese Schäden."

Darf man auch kaum hoffen, daß zurzeit eine entsprechende reichsgesetzliche Regelung erreicht wird, so ist doch der Versuch durch die Zeitumstände dringend gefordert.

Dem Arzte bleibt die Beruhigung, daß die stärkste Waffe in diesem Kampfe nicht in beschränkenden Gesetzen, sondern in verbesserter Ausbildung und produktiver bereichernder und aufklärender Tätigkeit liegt, nicht in standesengem Verachten oft ungenügend gekannter und erprobter Heilarbeit, sondern in gesunder kritischer Verarbeitung, Veredelung und Prüfung aller von approbierten und nicht approbierten Eigenbrödlern gegebenen Anregungen. Hier, wie in allen Nöten unserer Zeit, bleibt der Weg zur Zukunft: Deutsche Arbeit!

Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)